FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 N° 5

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# Vomissements incoercibles

## DE LA GROSSESSE

**d'après les observations recueillies à la Maternité de Nancy pendant les vingt dernières années**

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mardi 30 Novembre 1909*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**SAUSSURE Louis-René**

*Né le 7 Janvier 1882, à Thaon-les-Vosges (Vosges)*

*Examinateurs de la Thèse :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. | HERRGOTT | professeur. . | *Président.* |
| | BERNHEIM | professeur. . | *Juges.* |
| | MICHEL | agrégé . . . . | |
| | FRUHINSHOLZ | agrégé . . . . | |

**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 N° 5

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# Vomissements incoercibles

## DE LA GROSSESSE

**d'après les observations recueillies à la Maternité de Nancy pendant les vingt dernières années**

---

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mardi 30 Novembre 1909*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**SAUSSURE Louis-René**

*Né le 7 Janvier 1882, à Thaon-les-Vosges (Vosges)*

ACAD. MED. CHIRURG. PUBL.

---

*Examinateurs de la Thèse :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. | HERRGOTT | professeur . . | *Président.* |
| | BERNHEIM | professeur . . | *Juges.* |
| | MICHEL | agrégé . . . . | *Juges.* |
| | FRUHINSHOLZ | agrégé . . . . | *Juges.* |

**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1909

# UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

*Doyen* : M. GROSS, O ✻, I ✪.
*Assesseur* : M. BERNHEIM, ✻, I ✪.
*Professeurs onoraires* : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, I ✪.

**Professeurs : MM.**

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | BERNHEIM, ✻, I ✪. |
| Clinique chirurgicale | GROSS, O ✻, I ✪. |
| Physique médicale | CHARPENTIER, ✻, I ✪. |
| Médecine opératoire | CHRÉTIEN, I ✪. |
| Clinique chirurgicale | WEISS, ✻, I ✪. |
| Chimie médicale et toxicologie | GARNIER, I ✪. |
| Clinique médicale | SPILLMANN, I ✪. |
| Clinique obstétricale et Accouchements | A. HERRGOTT, ✻, I ✪. |
| Hygiène | MACÉ, I ✪. |
| Thérapeutique et Matière médicale | SCHMITT, I ✪. |
| Anatomie descriptive | ANCEL, A ✪. |
| Physiologie | MEYER, I ✪. |
| Pathologie gén. et Pathologie interne | SIMON, I ✪. |
| Histologie | BOUIN, I ✪. |
| Histoire naturelle médicale | VUILLEMIN, I ✪. |
| Clinique ophtalmologique | ROHMER, I ✪. |
| Medecine légale | PARISOT, I ✪. |
| Clinique des maladies des enfants | HAUSHALTER, I ✪. |

**Professeurs-adjoints : MM.**

| | |
|---|---|
| Clinique d'électrothérapie (1) | GUILLOZ, I ✪. |
| Pathologie externe | VAUTRIN, I ✪. |

**Chargés de Cours : MM.**

| | |
|---|---|
| Clinique des maladies des vieillards | ETIENNE, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | L. SPILLMANN, A ✪, agrégé. |
| Accouchements | SCHUHL, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique d'orthopédie (1) | FRŒLICH, I ✪, id. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1) | JACQUES, I ✪, id. |
| Clinique des voies urinaires (1) | ANDRÉ, I ✪, id. |
| Anatomie pathologique | HOCHE, I ✪, agrégé. |
| Clinique des maladies mentales | PARIS, A ✪. |

**Agrégés en exercice**

| | | |
|---|---|---|
| MM. LAMBERT, I ✪. | MM. RICHON, A ✪. | MM. DUFOUR, A ✪. |
| L. SPILLMANN, A ✪. | G. GROSS, A ✪. | SENCERT, A ✪. |
| MICHEL, A ✪. | FRUHINSHOLZ, A ✪. | ROBERT, A ✪. |
| HOCHE, I ✪. | COLLIN, A ✪. | |

**Agrégés libres**

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪,
ZILGIEN, A ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.*

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

*A MON PRÉSIDENT DE THÈSE*

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRUHINSHOLZ

# INTRODUCTION

L'étude des vomissements incoercibles de la grossesse, après avoir fait le sujet de communications nombreuses et de plusieurs thèses, semblait délaissée depuis plusieurs années. Les observations de WALLICH et du professeur PINARD, ainsi que la discussion qu'elles ont soulevée à la Société d'Obstétrique, ont remis d'actualité ce sujet dont bien des points restent encore à éclaircir. Aussi, sur le conseil de M. le Professeur FRUHINSHOLZ qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et diriger notre travail, nous avons cherché à mettre en évidence, dans les observations recueillies dans le service de M. le Professeur HERRGOTT, les faits qui pourraient apporter une contribution à l'étude de cette affection.

Nous sommes heureux que l'usage nous permette de présenter ici à nos professeurs nos remerciements pour l'intérêt qu'ils ont pu nous témoigner pendant nos années d'études. Nous trouvons particulièrement un grand plaisir à pouvoir apporter à M. le Professeur

Weiss le témoignage de notre plus vive gratitude et le regret que notre reconnaissance ne pourra égaler les soins dévoués qu'il nous a donnés. Sœur Emile, à qui nous savons aussi ce que nous devons, n'ignore pas non plus la gratitude que nous avons conservée pour elle.

Nous remercions également M. le Professeur Herrgott de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et M. le Professeur Bernheim des conseils qu'il a bien voulu nous donner dans sa rédaction. A M. le Professeur agrégé Fruhinsholz, nous sommes redevable d'avoir pu faire notre thèse pendant les vacances ; nous lui en témoignons ici tous nos remerciements ainsi qu'à M. le Professeur agrégé Michel pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter.

Nous regretterons beaucoup, en quittant Nancy, nos camarades Delfourd et Aweng qui sont venus si souvent nous tenir compagnie pendant notre séjour à l'hôpital.

CHAPITRE I

# FRÉQUENCE. — ÉTIOLOGIE

Les vomissements incoercibles ne sont observés qu'à d'assez longs intervalles dans les services hospitaliers, et si nous ne savions que dans la clientèle privée, le praticien les rencontre avec plus de fréquence, nous les rangerions volontiers parmi les accidents pathologiques les plus rares que l'on puisse voir se manifester au cours de l'état gravidique.

En effet, PICK, ayant relevé les manifestations pathologiques présentées par plus de 30.000 femmes enceintes, soignées à la clinique de SCHAUTA, ne trouve que 23 cas de vomissements incoercibles, ce qui donne une proportion de 1 p. 1.300.

A la Maternité de Nancy, de l'année 1878, où fut commencée la collation des observations du service de M. le Professeur HERRGOTT, il faut aller jusqu'à l'année 1894 pour en observer le premier cas ; et, pendant les vingt dernières années, de 1890 à 1909, sur plus de 12.000

femmes hospitalisées, 8 seulement ont présenté des vomissements méritant d'être qualifiés d'incoercibles. La proportion est donc voisine de celle de PICK, bien que moins élevée, puisqu'elle n'est que de 1 p. 1.500.

Comme, d'après les statistiques de GERST qui nous paraissent le plus rigoureusement établies, 42 p. 100 des femmes ont des vomissements au cours de leurs grossesses, d'après ces proportions, pour une d'entre elles, sur près de 700, l'accoucheur aura à redouter la gravité. Il n'y a donc pas lieu de prendre à la lettre la parole de METTLER qui ne « pouvait pas voir sans un certain degré d'inquiétude survenir un vomissement de la grossesse quel qu'il fut ».

Cependant, ces proportions n'ont toute leur exactitude que si on les répartit sur un certain nombre d'années, car il n'est pas rare de voir ces accidents se reproduire chez deux ou trois malades à un court intervalle de temps. C'est ainsi qu'à la Maternité de Nancy, deux femmes ont eu des vomissements incoercibles pendant une seule année, et sur 800 hospitalisées.

L'opinion courante sur la proportion de primipares et de multipares qui sont atteintes de cette affection, est en faveur de ces dernières. C'est également l'avis du professeur PINARD. Le nombre de nos observations n'est pas assez considérable pour qu'il puisse déterminer une affirmation à ce sujet ; nous constaterons simplement que l'on trouve 5 multipares pour 3 primipares.

Parmi les notions étiologiques signalées dans les observations de vomissements incoercibles, la névropathie exceptée, on n'en trouve pas qui soient spéciales

à cet état, ou tout au moins caractéristiques. Nous réunissons en un tableau celles qui ont été notées chez les malades du service de M. le Professeur Hergott. On se rendra ainsi plus facilement compte de la répétition de certaines d'entre elles:

Tableau.

| Obs. | Age | Profession | Antécédents pathologiques | Antécédents gynécologiques | Grossesses antérieures | Evolution des grossesses antérieures |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 25 ans | Repasseuse | Rougeole. Pneumonie Rhumatisme articul. subaigu | Premières règles à 17 ans. Règles irrégulières. | Aucune | » |
| II | 31 ans | S. P. | » | Premières règles à 11 ans. R. doulour. Leucorrhée. | Une | Vomissements incoercibles. Mêmes accidents que la grossesse actuelle. |
| III | 27 ans | S. P. | » | Premières règles à 12 ans. | Une | Normale. |
| IV | 25 ans | Lingère | » | Premières règles à 16 ans. Abondantes. Douloureus. De 8 jours de durée. | Aucune | » |
| V | 20 ans | Electric. | Névropathie | Premières règles à 18 ans. Règles irrégulières. Douloureuses. | Aucune | » |
| VI | 30 ans | S. P. | Scarlatine | Premières règles à 15 ans. Irrégulières. Abondantes. Leucorrhée. | Six | Sixième grossesse terminée à 5 mois 1/2. Vomissements et vertiges. |
| VII | 36 ans | S. P. | » | Premières règles à 17 ans. Règles durant 6 à 8 jours. Leucorrhée. | Quatre | Vomissements à la 1re et 4e grossesse. 3e terminée à 5 mois. 4e terminée à 7 m. |
| VIII | 33 ans | Ménagère | Fièvre muqueuse. | Premières règles à 12 ans. Leucorrhée intermittente. | Deux | Avortement à 3 mois 1/2. |

On voit ainsi que si nous nous en tenions à nos observations, les mêmes circonstances étiologiques ne se répètent pas chez les différents malades avec assez de régularité pour qu'on puisse leur accorder une importance particulière.

L'état névropathique lui-même, l'existence antérieure de manifestations hystériques surtout, ne seraient pas aussi fréquents qu'on le croit habituellement.

Les maladies sont assez rares, et celles qui sont signalées, sont d'ordre banal. Nous ferons à ce point de vue remarquer l'absence de dyspepsie antérieure, bien qu'en raison de la gêne et des souffrances qu'elle occasionne, la dyspepsie ne passe inaperçue d'aucun malade. D'autres observateurs ont noté chez leurs malades l'arthritisme et la chlorose, cette dernière affection considérée aujourd'hui comme d'origine toxique.

Plus souvent, on pourrait noter de la difficulté, du retard dans l'établissement des règles, de l'aménorrhée, faits qui tiennent peut-être à un mauvais fonctionnement de la glande ovarienne. Il faut aussi attirer l'attention chez les multipares sur l'évolution difficile des grossesses antérieures qui n'ont pu toutes être menées à terme, indiquant chez ces femmes un état spécial prédisposant l'état gravidique à des accidents.

D'autres observateurs ont signalé la fréquence de la grossesse molaire dans l'étiologie des vomissements incoercibles. 19 cas ont été observés sur 127 cas de grossesse avec môle hydatiforme, ce qui donne une proportion de 1 sur 70, bien éloignée de celle que nous connaissons lorsqu'il s'agit de grossesse normale. Bué

qui a eu l'occasion d'en observer 3 cas coup sur coup, se compliquant tous les trois de vomissements incoercibles, se demande si on ne doit pas, dès qu'on les constate, penser toujours à la môle hydatiforme.

D'autres particularités ont été signalées, mais sont loin d'être spéciales aux vomissements incoercibles et ne s'y montrent même pas avec une fréquence notable. Telles sont les déviations utérines dont nous ne trouvons qu'un cas (Obs. IV) sur nos 8 malades. L'augmentation de volume du col de l'utérus, son inflammation, la présence d'érosions ou d'ulcérations (Obs. V et VII), une rigidité anormale sont aussi notées parfois, mais avec peu de fréquence.

Enfin, il ne semble pas que la profession exercée par les femmes ou leurs occupations habituelles aient eu une influence particulière sur la production des vomissements incoercibles. Elles sont, en effet, parmi les professions ne les exposant pas d'une façon spéciale à l'action de produits toxiques ou à une excitation nerveuse anormale. Et dans les diverses observations rapportées par différents auteurs qui ont cru pouvoir d'après la prédominance des symptômes ou le mode d'évolution, les considérer comme vomissements toxiques ou comme vomissemnts nerveux, on voit que les occupations des malades étaient identiques dans les deux cas.

## CHAPITRE II

# SYMPTOMATOLOGIE

---

**Début.** — Les vomissements incoercibles constituent une maladie dont l'invasion se fait insidieusement, et qui évolue déjà depuis un certain temps, lorsqu'on soupçonne son existence. Le vomissement qui est, en effet, le premier symptôme et le seul pendant une période plus ou moins prolongée, n'a encore à l'origine aucun des caractères qui le feront distinguer du vomissement simple de la gestation dont la fréquence est telle et le pronostic si bénin, qu'on ne lui donne habituellement d'importance que pour l'appoint apporté au diagnostic de la grossesse. Ce n'est qu'après un temps variable que sa répétition de plus en plus fréquente, le rejet de plus en plus absolu de toute nourriture ou l'apparition d'un amaigrissement progressif éveilleront l'attention de la femme ou de l'accoucheur et permettront de se rendre compte de leur exacte signification.

C'est de cette manière qu'il est admis que s'effectue

le début de la maladie, et c'est ainsi qu'il est relaté chez la plupart des malades qui font le sujet de nos observations. Cependant, chez l'une d'elles (Obs. VIII) le début a été bruyant ; les vomissements ont été incoercibles d'emblée, absolus et entravant toute alimentation. Ce mode d'invasion, bien qu'exceptionnel a cependant été signalé à plusieurs reprises et une observation d'Andérodias en est un exemple très net (1).

Quelques auteurs ont aussi remarqué que parfois dès cette période du début des vomissements, la femme menacée de cette affection présente un état mental particulier. Elle serait d'une nervosité excessive, inquiète au sujet de sa grossesse, avec changement du caractère et tendance à l'isolement. Ces divers symptômes se rencontrant assez souvent chez des femmes n'ayant pas de vomissements ou chez lesquelles ceux-ci restent bénins, on ne doit leur accorder qu'une importance limitée.

**Description.** — C'est à Dubois que nous devons la première description suffisante de l'affection, description qui est restée classique dans ses grandes lignes. Nous la rappellerons brièvement, malgré qu'elle soit considérée par les uns comme trop schématique, par les autres même, comme entachée d'inexactitudes, car elle donne une idée d'ensemble de la maladie, et du développement de ses différents symptômes.

Dubois avait cru à l'évolution cyclique des vomissements incoercibles et à une apparition successive mais

(1) *Journal d'obstétrique, de gynécologie et de Pédiatrie pratique.*

régulière de leurs différentes manifestations. Il avait ainsi divisé la maladie en trois périodes caractérisées chacune par un fait dominant; chacune aussi de pronostic bien défini. Voici donc qu'elle serait d'après lui l'évolution d'un cas habituel, classique :

*Première période.* — Les vomissements marquent le début de la maladie et ne tardent pas à déterminer un amaigrissement caractéristique de la première période. Des troubles digestifs secondaires, de la constipation opiniâtre ou parfois de la diarrhée ; un état d'agitation incessante affaiblissent encore la malade et accroissent la dénutrition.

*Deuxième période.* — Lorsque survient un état fébrile caractérisé par l'accélération du pouls et par une élévation de température à laquelle, quoiqu'on en ait dit, croyait Dubois et qu'il appréciait à l'état brûlant de la peau (1), la malade entrait dans la deuxième période où des douleurs fréquentes, l'absence presque complète d'alimentation, accentuaient la prostration et aggravaient au maximum le délabrement de l'état général.

*Troisième période.* — Alors, survenait la troisième période, de courte durée, puisqu'elle était limitée à quelques jours et dominée par l'apparition des troubles cérébraux, annonçant fatalement le coma et la mort.

Le professeur Pinard dit qu'il « n'a jamais vu évoluer chez ses malades les trois périodes précisées par

(1) Pinard. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1909, juillet, août, septembre.

Dubois » et qu'il existe en outre au cours de cette affection, des symptômes importants, dont il a méconnu la valeur. Lorsque nous aurons étudié en détail les manifestations pathologiques présentées par les différents appareils, car tous les appareils et tous les organes peuvent être intéressés pendant l'évolution de cette maladie, nous montrerons aussi, d'après les observations recueillies à la Maternité de Nancy, combien cette description doit être modifiée pour être mise en harmonie avec la réalité des faits.

Nous passerons donc successivement en revue, et dans un ordre qui rappelle celui de leur apparition dans la majorité des cas successivement :

Les troubles digestifs ;
Les troubles circulatoires ;
Les troubles nerveux ;
Les modifications de la secrétion urinaire :
Les symptômes fournis par l'examen de l'utérus.

**Troubles digestifs. — Vomissements.**

*Apparition.* — Les vomissements sont, comme nous l'avons déjà vu, les premiers symptômes de la maladie. Leur apparition se fait comme pour les vomissements simples de la gestation, dans les premiers mois de la grossesse et le temps qui s'écoule entre le moment présumé de la conception et celui où ils se montrent pour la première fois, varie entre quelques jours (Obs. I) et deux mois (II) d'après nos observations. Parfois même ils suivent de si près les dernières règles que l'on peut presque dire qu'ils ont débuté en même temps que la grossesse (Obs. I) ; en particulier, chez la malade qui

fait le sujet de l'observation V chez laquelle ils se sont manifestés au moment même où devaient apparaître les règles. Telles sont aussi les conclusions que l'on peut tirer de la majorité des cas rapportés par différents auteurs. Leur apparition peut cependant se faire à une époque plus tardive. Andérodias signale cette exception chez une malade qu'il a eu l'occasion d'observer et chez laquelle ils ne survinrent qu'après le quatrième mois.

Nous savons que c'est aussi une règle générale que les vomissements ne prennent pas d'emblée les caractères des vomissements incoercibles, et pendant une certaine durée ne paraissent pas différents des vomissements simples de la gestation, comme ils sont d'ailleurs à ce moment presque toujours considérés. Cette période, d'après nos observations, peut être fixée à deux semaines au moins et deux mois au plus avec des cas exceptionnels, comme celui qu'a signalé Vinay, où les vomissements ne devinrent intenses et ne s'accompagnèrent d'autres signes indiquant leur gravité que dans les deux derniers mois de la grossesse.

*Caractères.* — Les vomissements et l'état nauséeux qui les accompagne ou les précède, ont d'abord une allure capricieuse ; survenant le matin à jeûn, au réveil, disparaissant pendant quelque temps, puis reparaissant avec une fréquence de plus en plus grande le jour et la nuit, ou le jour seulement ; parfois se répétant de dix en dix minutes. Ils surviennent en apparence spontanément ou sont rappelés par le plus léger mouvement, par la vue ou l'odeur d'un aliment et naturellement par leur ingestion. Aussi, certaines femmes se

condamnent-elles, pour les éviter, à une abstinence complète et à une immobilité absolue.

Les matières vomies sont constituées par des liquides, de la bile surtout, des aliments ingérés, des mucosités. Le professeur Pinard a attiré l'attention sur des vomissements noirs, hématiques dus, sans doute, à la rupture de vaisseaux par les efforts de vomissements, surtout à une période avancée où l'estomac se contracte à vide et n'expulse plus qu'un peu de mucus.

Les vomissements alimentaires sont les plus importants. Ils se produisent aussitôt après l'ingestion des aliments ou quelques minutes après et parfois même sont conservés plusieurs heures (Obs. III). Aucune substance solide n'est habituellement plus tolérée, mais quelques malades peuvent encore conserver de petites quantités de liquides : lait ou eau ; mais insuffisantes pour éviter la dénutrition. On a remarqué quelquefois une tolérance paradoxale pour des aliments indigestes qui ne produisent pas la révolte de l'estomac et sont parfois recherchés par les femmes.

L'acidité des matières vomies est la règle et c'est sans doute à cette acidité que sont dues les sensations de brûlures éprouvées par les malades. Elles seraient l'effet d'une sécrétion d'acide chlorhydrique en excès plutôt que dues à la présence d'acides organiques.

Tandis que les vomissements simples de la gestation sont quelquefois peu pénibles, se produisant sans effort et assez analogues sur ce point aux vomissements des lésions cérébrales, ils ne tardent pas, lorsqu'ils sont devenus incoercibles à être la cause de vives souffrances par le fait même de leur répétition incessante et c'est

sans doute la raison des douleurs abdominales ou costo-diaphragmatiques accusées par nombre de malades (Obs. I).

*Durée.* — Les vomissements incoercibles ont peu de tendance à la guérison spontanée. Ils peuvent au cours de leur évolution présenter des rémissions de durée plus ou moins longue que signalent la plupart des auteurs et survenant spontanément ou à la suite de l'intervention d'un traitement. Ainsi, une malade chez laquelle on avait traité des ulcérations du col utérin a vu son état s'améliorer, l'amélioration portant sur les différents symptômes et en particulier sur les vomissements qui disparurent pendant quelques jours. Une jejunostomie a amené également leur cessation pendant un laps de temps de près de six semaines chez une malade dont Romme rapporte l'observation (1). Mais ils reprennent ensuite avec la même gravité et trop souvent ne sont arrêtés que par l'avortement, la mort du fœtus ou même celle de la mère.

Dans une de nos observations, cependant (Obs. VIII) ils paraissent avoir disparu spontanément vers le milieu de la grossesse bien qu'ayant déjà amené un amaigrissement très accentué de la malade qui ne pouvait plus supporter que de petits fragments de glace. Parfois, aussi leur disparition est accompagnée de l'apparition d'une autre manifestation. Chez la malade qui fait le sujet de l'observation IV une salivation abondante s'établit dans des circonstances analogues. Il en est de même d'une malade du professeur Pinard où la diminution

(1) *Presse médicale*, 1906.

des vomissements fut aussitôt suivie de l'établissement de sialorrhée (1).

A la période ultime de la maladie, lorsque la terminaison fatale est proche, il n'est pas rare de les voir s'amender ou même disparaître ; la tolérance renaître, pour les liquides surtout. Cette amélioration du symptôme est trompeuse et du plus fâcheux pronostic lorsqu'elle ne coïncide pas avec un amendement général des autres signes de la maladie. Chez la malade de l'observation I, lorsque fut décidé l'avortement, elle commençait à se produire en même temps qu'une tendance à l'accélération du pouls.

La mort du fœtus n'est pas toujours non plus suivie de la cessation des vomissements, et Marduel avec d'autres observateurs ont rapporté des cas où il fallut, malgré cette mort de l'enfant, effectuer une évacuation rapide de l'utérus pour y mettre fin. Souvent même, on les voit persister après l'avortement ou l'accouchement durant quelques heures et, parfois, plusieurs jours. Bouffe de Saint-Blaise regarde même ce fait comme la règle. Quelquefois aussi, on peut les voir redoubler de fréquence à ce moment.

Mais, quel que soit le mode de cessation des vomissements, de la plupart des observations publiées, en particulier de celles du professeur Pinard, le temps pendant lequel ils peuvent être observés ne paraît pas supérieur à une durée de trois mois, et il est exceptionnel de rencontrer une femme ayant des vomissements incoercibles après le cinquième mois de la grossesse.

(1) Pinard. *Annales de gynécologie et obstétrique*, août, septembre (Observation I).

D'autres troubles digestifs de moindre importance, mais tout aussi fréquents, accompagnent les vomissements ou en sont l'effet.

C'est ainsi que l'anorexie est la règle dès le début de l'affection ; anorexie qui va parfois jusqu'au dégoût absolu de tout aliment et est encore accrue dans certains cas par l'existence de troubles et de perversion du goût. La soif, par contre, est très marquée et tourmente beaucoup les malades.

La fétidité de l'haleine existe souvent (Obs. II) dans les cas graves et est d'un fâcheux pronostic ; il en est de même de son acidité excessive (Dubois).

L'état saburral des premières voies digestives se rencontre habituellement ; les dents et le fond de la cavité buccale sont recouverts de fuliginosités acétiques. Les lèvres sont sèches, la langue parfois rouge et vernissée (Pinard).

Une sialorrhée abondante, qui n'est d'ailleurs pas exceptionnelle au cours de la grossesse sans vomissements, est signalée dans plusieurs de nos observations ; en accord sur ce point avec un grand nombre de celles qui sont rapportées par différents auteurs. Il peut se produire une sorte de balancement entre les vomissements et la sécrétion salivaire. Le professeur Pinard rapporte une observation (Obs. I des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1909), où cette particularité est signalée. Le même fait est noté dans l'observation IV, où la cocaïne l'a peut-être favorisé.

Si l'ictère franc n'est pour ainsi dire jamais rencontré, par contre une teinte subictérique des téguments existe chez beaucoup de malades dès le début de la maladie, et est la règle à une période avancée.

Diverses douleurs paraissant avoir leur point de départ dans le tube digestif sont accusées assez fréquemment par les malades. Nous avons déjà parlé des douleurs costodiaphragmatiques et des douleurs épigastriques. Dans l'observation IV se trouve signalée l'existence d'une douleur siégeant parallèlement à l'aine gauche et déterminée par la palpation abdominale, qui fait percevoir en même temps un cordon dur et douloureux. Il y a peut-être analogie entre cette douleur et la cause qui l'a produite et celles sur lesquelles Geoffroy a attiré l'attention, siégeant principalement à l'angle iliopelvien du colon ou à l'angle duodénojéjunal et qu'il attribue à un spasme du tube intestinal. On ne devra point négliger de rechercher ces points douloureux, ne fût-ce que pour vérifier la réalité du rôle que Geoffroy a cru pouvoir leur attribuer.

Mais peut-être faut-il simplement estimer comme l'effet de la constipation la douleur observée chez cette malade, car une constipation opiniâtre et parfois même une rétention marquée de matières fécales est presque constante, du moins dans les cas les plus graves (Obs. I, II, III). Elle peut jusqu'à un certain point s'expliquer par le défaut presque absolu d'alimentation et la diminution des sécrétions intestinales, mais il existe souvent aussi une véritable atonie du tube digestif, comme le prouvent les cas nombreux où des purgatifs ont été suivis d'abondantes évacuations de matières fécales durcies (Mettey. Obs. V).

**Troubles circulatoires.**

Les vomissements incoercibles sont habituellement accompagnés de troubles circulatoires dont le professeur Pinard a mis en évidence toute l'importance par de nombreuses observations, principalement au point de vue du pronostic et des indications qu'ils peuvent fournir à l'accoucheur dans son intervention.

C'est ainsi, que l'on peut observer des palpitations, des troubles de compensation, comme le fait s'est produit chez une malade atteinte de lésion cardiaque (Obs. VIII), des sensations de doigt mort, de froid, dues sans doute à des contractures vasculaires, ou encore une sensation de pesanteur à la région précordiale, accompagnée de dyspnée (Obs. I).

Mais les troubles circulatoires caractéristiques, essentiels même pourrait-on dire, pour qu'il y ait vomissements incoercibles, sont les modifications du pouls portant sur sa fréquence et sur son amplitude. Dubois avait déjà signalé son accélération et c'était pour lui un des éléments de l'état fébrile dont l'apparition devait marquer le début de la deuxième période. Son apparition se fait après celle des vomissements, mais on pourrait presque admettre, d'après une de nos observations, qu'elle pourrait, dans certains cas, les précéder (Obs. VII). Chez cette malade, en effet, une rémission se produisit, peut-être sous l'influence d'un traitement d'ulcérations du col utérin. L'amélioration portant sur les vomissements qui avaient disparu, sur le pouls qui était tombé du chiffre de 100-105 pulsations par minute, au chiffre de 80, sur l'état général également fut telle que la malade fut considérée comme guérie et put

quitter la Maternité. Cependant, deux jours avant sa sortie, le pouls ayant été compté comme d'habitude, fut trouvé de nouveau accéléré et marquant 100 à 110 pulsations par minute ; aussi, quelques jours plus tard, la malade était reprise de vomissements incessants et absolus, et devait revenir se faire hospitaliser. Dans ce cas particulier, bien que l'accélération du pouls n'ait pas exactement précédé les vomissements puisque primitivement ceux-ci s'étaient montrés les premiers, au cours de cette rémission cependant l'apparition des vomissements fut secondaire et la modification du pouls aurait pu la faire craindre.

Pour confirmer l'importance de cette accélération du pouls, le professeur Pinard dit aussi qu'il l'a « vu exister chez des femmes dont les vomissements n'avaient rien de caractéristique dans leur fréquence, dans leur durée et dans leur intensité, et que cependant il a vu mourir, abandonnées à elles-mêmes ».

Le moment de son apparition est variable, suivant les cas. Elle peut se montrer tôt, à la fin du deuxième mois ; peut-être apparaît-elle même à une époque plus précoce d'une façon plus fréquente, car elle est d'ordinaire déjà notable lorsque les femmes viennent se faire hospitaliser. Chez une de nos malades le pouls a commencé à s'accélérer deux mois environ après les dernières règles (Obs. I). Dans un cas, l'accélération a débuté à peine un mois après le début de la grossesse, sans que toutefois cette précocité ait été le présage d'une gravité particulière (Obs. V).

Dès que l'accélération du pouls se montre, « elle est généralement progressive et atteint un chiffre élevé

plus ou moins rapidement si aucun traitement n'intervient et cela jusqu'à ce que la mort s'ensuive ». Le professeur Pinard ajoute « qu'une seule fois seulement il a vu mourir une femme dont le pouls qui s'était accéléré jusqu'à 124, était depuis resté stationnaire aux environs de 100 et même au-dessous ».

Le chiffre auquel peut atteindre la fréquence du pouls et s'y maintenir pendant un certain temps sans danger pour la malade, est variable suivant les cas. Chez l'une (Obs. I) on pouvait et on a dû, d'après l'aggravation d'autres symptômes, considérer le chiffre de 100 pulsations par minute comme une accélération dangereuse et faisant prévoir une terminaison fatale imminente. Chez une autre, par contre (Obs. II), une accélération à 120 a été habituelle pendant une durée de plusieurs semaines et a peut être persisté ainsi pendant une plus longue partie de la grossesse. Chez cette malade, des accélérations à 130 et même 140 n'ont pas été l'indice d'un danger spécial et n'ont pas été non plus des indications à l'interruption d'une grossesse qui a d'ailleurs pu être conduite à terme. Chez une autre encore (Obs. VII), la fréquence du pouls a dû atteindre le chiffre de 140 ou 160 pour que M. le Professeur Herrgott se décidât à provoquer l'avortement. Il faut donc savoir qu'il peut s'établir chez certaines malades une rapidité du pouls qui devient pour ainsi dire un état normal et à partir de laquelle seulement l'accélération devient un signe de danger.

Si l'accélération du pouls est progressive d'une manière générale, elle ne se maintient pas égale à tous les moments de la journée. Horwitz avait déjà signalé

cette variabilité du pouls ; le professeur Pinard insiste sur ce caractère et sur l'importance qu'il y a à se rendre compte de son existence, pour ne pas croire chez une malade à la fréquence normale du pouls, alors qu'en réalité elle est déjà telle qu'elle peut indiquer une intervention active.

Le pouls accéléré revient à son chiffre normal par la mort du fœtus ou son expulsion, et cela d'une manière immédiate. Mais ce fait souffre des exceptions, et sans qu'il y ait eu des hémorrhagies capables de déterminer son accélération, il est assez fréquent d'observer sa persistance plusieurs jours après l'évacuation de l'utérus. Le professeur Pinard l'a vu exister au delà de trois semaines. Une des malades soignées à la Maternité de Nancy présentait encore un pouls oscillant entre 100 et 120 à sa sortie, c'est-à-dire huit jours après l'avortement (VII) et encore n'était-il descendu à ce chiffre que progressivement, mettant cinq jours pour y parvenir ; fait analogue à ce qui se passe pour les vomissements et aussi, comme nous le verrons, pour les troubles nerveux.

En outre des modifications portant sur sa fréquence, il en est aussi et non des moins importantes qui intéressent son amplitude. Sa petitesse et son irrégularité ne sont pas rares. Sa dépressibilité doit surtout attirer l'attention de l'accoucheur, car elle traduit une hypotension qui ne doit jamais exister dans les premiers mois de la grossesse, c'est-à-dire à l'époque même où se produisent les vomissements incoercibles (1). Cette dimi-

(1) Queirel.

nution de la tension artérielle favorise en effet les lipothymies et les syncopes qui se produisent à la suite du moindre mouvement, de la moindre émotion et peuvent ainsi déterminer une mort rapide (1).

Nous avons vu que Dubois caractérisait la dernière période de la maladie, outre l'accélération du pouls, par un état fébrile, une élévation de température qu'il appréciait à l'état brûlant de la peau. Le professeur Pinard n'a jamais rencontré d'hyperthermie au cours des vomissements incoercibles, sinon dans la période préagonique et son opinion est confirmée par toutes les observations publiées sur ce sujet. Cependant Andérodias a publié un cas où il a noté des ascensions thermiques à 39 et 40 degrés, qui ne cessèrent qu'après l'interruption de la grossesse. Il en conclut : « Il semble donc que dans quelques cas la période de fièvre décrite par Dubois soit bien une réalité et corresponde effectivement à une élévation de température ». Cependant, il nous semble que l'on ne doive pas, sans plus de preuves, attribuer aux vomissements incoercibles, ou plutôt à la même cause que celle qui les produit eux-mêmes, la fièvre qui peut parfois exister et a été notée dans ce cas.

En premier lieu, on sait bien actuellement qu'à la suite des maladies infectieuses fébriles, il peut se produire pendant un temps, parfois très long, des élévations de température persistantes. Le professeur

(1) Pinard, Observation XI. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1909.

Bernheim, qui a attiré l'attention sur ces fièvres prolongées, particulièrement à la suite de la dothiénentérie et les a séparées des autres ascensions thermiques que l'on peut observer dans des circonstances analogues, conclut ainsi des observations qu'il a recueillies. « Ces observations, auxquelles je pourrais en ajouter beaucoup d'autres, m'autorisent à affirmer les faits suivants : Lorsque la convalescence d'une fièvre typhoïde est déjà établie, que la température est devenue normale ou hyponormale... ; le convalescent peut, sans cause connue, sans lésion organique, alors qu'il n'y a ni rechute ni récidive, être repris de fièvre, et de fièvre qui se prolonge pendant un certain temps. Je ne parle pas de la fièvre passagère, dite *febris carnis*, ni de celle qui est due à des causes palpables, escharres, éruptions furonculeuses. Cette réascension thermique peut se faire après un a quinze jours d'apyrexie et se prolonger parfois pendant une durée de deux mois » (1). Ces fièvres prolongées pourraient d'ailleurs être observées à la suite d'autres infections.

Or, la malade d'Anderodias réalisait jusqu'à un certain point les conditions où l'on observe ces élévations persistantes de la température. Elle était, en effet, en pleine fièvre typhoïde lorsque sont survenus les vomissements incoercibles. La grossesse existait depuis un certain temps et il s'était déjà produit quelques phenomènes anormaux : albumine, palpitations du cœur, etc... « A cette époque, dit l'auteur, des signes nouveaux apparaissent et un médecin appelé diagnos-

(1) Bernheim. *Cliniques médicales.*

tique une fièvre typhoïde bénigne. Pendant quelques jours, la maladie suit son cours, puis, au moment où les vomissements actifs du fœtus commencent à être perçus, la femme, qui n'a jamais eu de vomissements, se met à vomir fréquemment. Les symptômes typhiques, qui avaient toujours été assez légers, disparaissent, mais les vomissements ne s'apaisent pas ». La fièvre disparaît, puis, au bout d'un certain temps, elle reparaît de nouveau, pour ne cesser qu'après l'avortement.

Il nous semble que l'on n'a pas de preuves suffisantes pour admettre un rapport de cause à effet entre la grossesse et les élévations de température. La fièvre disparaît bien après l'avortement, mais nous verrons d'après une de nos observations que, lorsqu'il existe de l'hyperthermie, celle-ci peut persister après l'évacuation de l'utérus, et qu'il ne faut pas se hâter, par conséquent, d'en faire l'effet de la grossesse. En effet, cette malade (Obs. I) fut prise, dans le courant du deuxième mois de la grossesse, de vomissements, pour lesquels elle vint se faire hospitaliser. On nota chez elle, outre les troubles digestifs, une accélération du pouls à 116 et une fièvre légère, la température se maintenant régulièrement matin et soir au-dessus de 37 degrés, sans cependant jamais dépasser 38 degrés de plus de un ou deux dixièmes de degré. Cette hyperthermie fut attribuée à une infection atténuée et prolongée, peut-être de nature grippale.

La malade entra ensuite à la Maternité, où l'on dut déterminer, après quelque temps, l'interruption de la grossesse. La température revint alors à la normale comme chez la malade d'Anderodias, de sorte que

l'on aurait pu aussi croire à la dépendance de l'hyperthermie vis-à-vis de l'état gravidique. Mais ici, après quelques jours, après même l'élimination de débris de caduque qui auraient pu, par leur rétention, être considérés comme la cause de cette réascension thermique, la température subit une nouvelle élévation et oscillait encore au-dessus de 37 degrés, quinze jours après l'avortement, à la sortie de la malade, qui ne put plus être suivie.

De cette réapparition de la fièvre, on peut donc conclure que la grossesse n'avait aucune part dans sa production. Quant à la chute de la température après l'avortement, définitive dans un cas, passagère seulement dans l'autre, on peut peut-être l'attribuer, non à l'interruption même de la grossesse, mais à la perte sanguine qui accompagne toujours l'évacuation de l'utérus, perte sanguine dont on connaît bien l'influence sur l'hyperthermie lorsque les deux accidents coïncident.

Voici l'observation de cette dernière malade :

OBSERVATION I (Année 1909)

*Vomissements incoercibles. — Interruption de la grossesse*

J. G..., 25 ans. Primipare. Exerçant la profession de repasseuse.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Fièvre typhoïde deux ans auparavant, rhumatisme articulaire chronique, il y a un an.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des règles à 17 ans. Règles irrégulières.

*Première grossesse* (actuelle).

Les dernières règles se seraient produites à la fin du mois

d'avril. Dès ce moment, à la suite, dit la malade de l'ingestion d'un verre d'eau froide, survinrent des vomissements qui augmentèrent d'intensité dans le courant du mois de juillet.

Elle entre à l'hôpital le 20 juillet, la grossesse étant approximativement de 2 mois 1[2 et on note l'état actuel suivant :

*Etat général.* — La face est légèrement cyanosée. La malade est abattue et présente une dyspnée assez marquée, 44 respirations à la minute.

La température est à 37°4-37°3.

Le pouls bat à 116.

*Appareil digestif.* — La langue est normale. L'estomac semble être un peu dilaté.

Les vomissements sont fréquents et la malade ne conserve rien.

Anorexie.

*Appareil circulatoire.* — Le pouls est rapide, régulier, à 116.

Les bruits du cœur semblent normaux.

*Appareil respiratoire.* — Rien d'anormal sinon la dyspnée occasionnée par une sensation de poids à la région diaphragmatique.

*Appareil urinaire.* — Urines un peu troubles ; 500 grammes ; densité 1019.

*Système nerveux.* — L'intelligence est nette.

La malade accuse des douleurs costodiaphragmatiques, de l'insomnie, des vertiges.

La vue est également un peu troublée.

Les réflexes sont également exagérés.

Ces symptômes persistent pendant tout son séjour à l'hôpital ; elle entre alors à la Maternité le 27 août. On constate les mêmes symptômes qu'à l'hôpital.

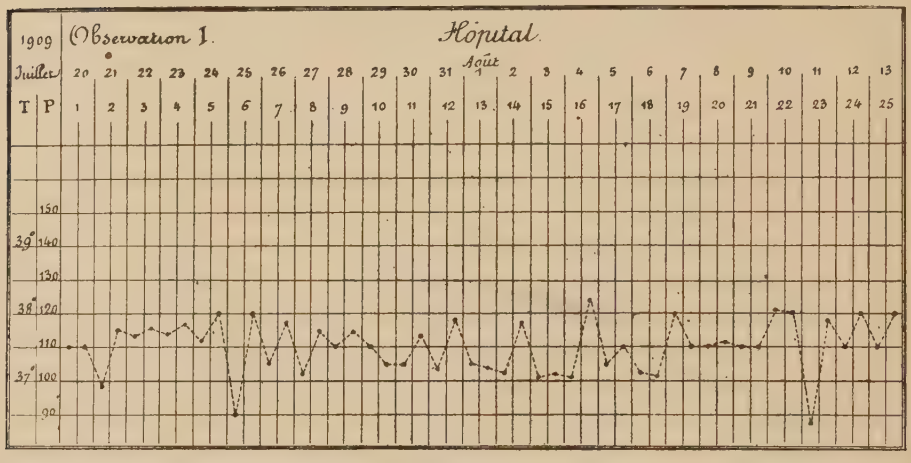
Le pouls est à 90. La température oscille entre 37 et 38°.

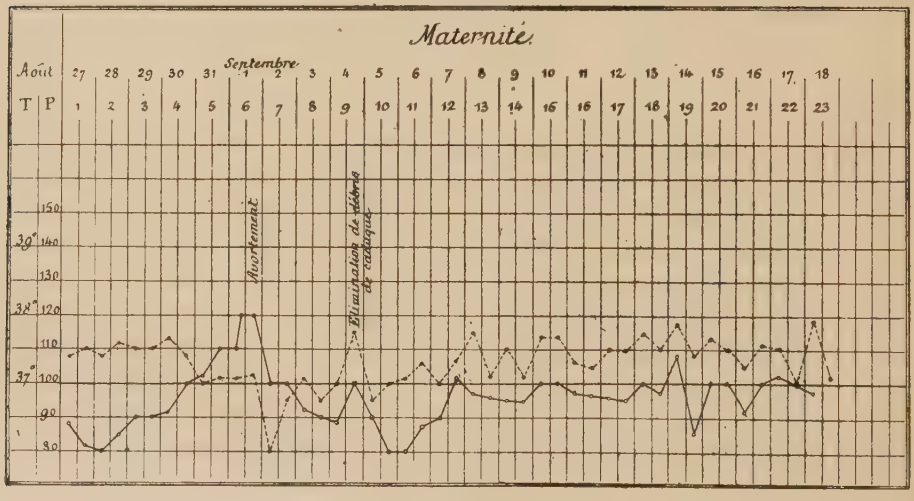
Les vomissements sont bilieux et alimentaires. Constipation opiniâtre.

Il existe du clonus du pied et de l'exagération des réflexes rotuliers.

Les urines sont peu abondantes, 500 gr.

L'utérus est perceptible au palper et remonte à un travers de doigt au-dessus de la symphise. Le col est petit, ramolli, dirigé en avant, le corps utérin est du volume du poing, légèrement dévié vers la droite et bosselé à sa surface.



Le pouls n'étant pas trop rapide et l'état général assez bon, on décide d'attendre et d'instituer un traitement médical (Purgation énergique, lait en petite quantité, sérum artificiel).

Après quelques jours, le pouls subit une accélération progressive, tandis que les vomissements ont tendance à diminuer. Les urines sont toujours rares, la constipation opiniâtre. L'état général semble s'aggraver. On décide alors d'interrompre la grossesse.

A la suite de la dilatation du col par des tiges de laminaire, l'avortement se fait dans la nuit du 1er au 2 septembre.

Le pouls retombe à la normale; il y a une chute de température, la malade se nourrit de nouveau.

Puis, survient une nouvelle ascension thermique, attribuée à une rétention possible d'une petite portion de membrane. Un peu de caduque s'élimine en effet, mais la température reste au-dessus de la normale pour une cause indéterminée et qui, probablement, n'est pas d'origine utérine. Le pouls subit également une légère accélération entre 70 et 100 ou elle persiste à la sortie de la malade.

On note également la persistance de l'exagération des réflexes et du clonus du pied. Il existe aussi depuis l'avortement des douleurs spontanées au niveau des mollets, et les muscles de cette région ont subi un certain degré d'atrophie.

## Troubles nerveux

Les troubles nerveux qui accompagnent les vomissements incoercibles se limitaient, pour Dubois, à des troubles cérébraux n'apparaissant qu'à une période avancée de la maladie. Le professeur Pinard a montré que des modifications profondes du système nerveux n'étaient pas rares et, depuis, de nombreuses observations ont enrichi et complété sa symptomatologie, établissant par le même fait que toutes ses régions pou-

vaient être intéressées. Cependant, les troubles nerveux n'ont pas la constance des autres symptômes, car, fréquemment, l'interruption de la grossesse est provoquée avant leur apparition.

*Troubles cérébraux.* — Leur apparition se fait surtout, comme l'avait remarqué Dubois, à une période avancée de l'affection et alors ils ont une gravité et une ténacité plus accentuées que les troubles précoces (Obs. II) ; mais, dès le début, les malades peuvent accuser différents symptômes nerveux ou, plus particulièrement, psychiques.

La céphalée occipitale ou frontale est notée dans un grand nombre d'observations et son intensité serait, d'après beaucoup de cas, le présage d'une forme grave se terminant souvent par l'avortement, sinon par la mort de la femme. Les vertiges (II) et l'insomnie (I), parfois remplacée par de l'assoupissement, l'accompagnent souvent.

Des troubles psychiques existant seuls ou faisant partie de la symptomatologie d'une polynévrite comme l'amnésie observée par Desnos, Pinard, et Joffroy, ne sont pas exceptionnels. On a noté également des cauchemars, des hallucinations, du délire apparaissant parfois dès les premiers jours de l'affection (Obs. VII), mais plus fréquents à une période avancée, de l'obnubilation cérébrale, de l'incohérence dans les idées, de l'agoraphobie (Lepage). Parfois même, des troubles vésaniques : confusion mentale, délire de persécution, pleurnicheries (Mettey). Toutes ces manifestations, qui ne sont pas différentes des psychoses observées de temps en temps chez des femmes

enceintes et en particulier chez les éclamptiques, ne revêtent cependant pas la même intensité.

La signification de ces troubles cérébraux ne paraît pas être identique. Un certain nombre : les hallucinations, les vertiges, le délire, sont habituels chez les sujets soumis à une privation accidentelle de nourriture et il n'est donc pas étonnant de les rencontrer chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles, chez qui l'inanition est presque la règle. D'autres qui sont fréquents chez les malades soumis à une intoxication exogène, comme les saturnins, ou a une intoxication endogène, comme les neurasthéniques (1), sont l'indice d'une irritation des éléments nerveux, parfois même d'une véritable lésion comme en témoigne chez la malade de l'observation II, leur persistance près de deux années après l'accouchement.

*Troubles médullaires.* — La paralysie et l'atrophie des muscles des membres ont été observées assez fréquemment depuis quelques années et doivent être considérées sinon comme un symptôme, du moins comme une complication toujours à prévoir à la suite des vomissements incoercibles. Dans la plupart des cas, elles relèvent de lésions des nerfs, mais parfois elles sont manifestement l'indice d'une lésion de la meolle elle-même, mais dans des cas encore exceptionnels.

Les symptômes d'irritation spinale nous paraissent par contre plus fréquents. Chez une des malades soignées à la Maternité de Nancy, il s'est développé une contracture en flexion des deux membres inférieurs

(1) Bernheim. Neurasthénies et Psychonévroses.

(jambes fléchies sur les cuisses, cuisses fléchies sur le bassin), assez accentuée pour que, malgré sa disparition après l'accouchement, la malade en ait conservé un certain degré de raideur et d'ankylose des articulations. On pourrait estimer que cette contracture a été une manifestation hystérique ; mais, outre que la malade n'était nullement entachée de cette névrose, si nous nous en rapportons au professeur Bernheim, nous voyons qu'elle existe également chez des malades neurasthéniques profondément intoxiqués, chez lesquels on ne peut pas la considérer comme d'origine purement nerveuse ou suggestive, mais d'origine toxique, en raison de la présence d'autres symptômes de même signification.

L'irritation médullaire peut encore se traduire par des manifestations moins accentuées et moins évidentes, en particulier par des modifications des réflexes. Ces modifications possibles ne paraissent pas avoir été recherchées jusqu'ici d'une manière systématique. Parmi les nombreuses observations publiées, nous n'en avons trouvé qu'une où leur état ait été mentionné sans que cependant il ait été trouvé modifié. Mais, chez deux malades traitées à la Maternité de Nancy, où cette recherche a été faite par M. le professeur agrégé Fruhinsholz, les reflexes rotuliens présentaient une exagération manifeste et il existait également des trépidations épileptoïdes des pieds (Obs. I et II). La signification de ces symptômes est la même et leur cause est identique à celle de la contracture dont nous avons parlé précédemment. Dans les conclusions de sa thèse, Roers admet bien qu'ils peuvent parfois être simple-

ment des phénomènes hystériques et purement nerveux. Nous croyons cependant qu'il faut, de préférence, se ranger à l'avis de Babinski, pour qui « l'épilepsie spinale vraie ne peut être présentée par la névrose » ou à celui de Ballet, qui observe dans l'hystérie « un mouvement du pied accompagnant un tremblement envahissant tout le membre et qui continue même si on abandonne le pied, mais non le vrai clonus », en sorte que, dans ce cas, ajoute Charpentier, « on observerait, comme pour tous les phénomènes hystériques, une surenchère qui leur ôte le caractère de sobriété propre aux phénomènes organiques. Enfin, le professeur Bernheim dit, d'ailleurs, aussi, parlant d'une malade chez qui il existait d'autres manifestations toxiques : « J'ajoute à cela une exagération notable des réflexes patellaires, parfois deux petites trépidations réflexes du pied, la pupille droite plus dilatée, voilà des symptômes qui indiquent des déterminations spinales et qui ne sont jamais des symptômes d'autosuggestion pure. »

L'irritation du faisceau pyramidal qu'ils traduisent, leur origine manifestement toxique, indiquent donc l'importance que l'on doit attacher à leur recherche. Ils semblent, d'ailleurs, exister, ce qui se conçoit d'après leur pathogénie, dans les formes graves. Chez une malade, il a fallu, en effet, déterminer l'interruption de la grossesse; chez l'autre, les troubles cérébraux qui se sont produits ont été remarquables par leur ténacité. On devra, en outre, porter surtout son

(1) Roger. Thèse médicale. Montpellier, 1907-1908.

attention sur la présence du clonus du pied, car l'exagération des réflexes patellaires est parfois difficile à apprécier et elle est assez marquée chez certains sujets à l'état normal; tandis que la présence ou l'absence de l'épilepsie spinale vraie ne peut donner lieu à aucun doute.

*Lésions des nerfs.* — Les lésions de névrite ne sont pas rares au cours des vomissements incoercibles. Les crampes à siège divers, les douleurs spontanées et provoquées par la pression des masses musculaires des jambes, la parésie et la faiblesse des membres inférieurs observées chez plusieurs de nos malades relèvent de cette origine. Mais les lésions des nerfs sont souvent bien plus importantes, plus disséminées et constituent parfois le tableau classique des polynévrites.

Dans son traité des maladies de la grossesse, Vinay dit à ce sujet : « Quant aux névrites apparues pendant la grossesse, leur existence a été établie successivement et dans des observations isolées par Pinard, Joffroy et Desnos, Whietfield et Soloview. Dans toutes, la lésion nerveuse, a été précédée de vomissements incoercibles. » C'est l'observation de Pinard, Joffroy et Desnos, qui a, la première, attiré l'attention sur la possibilité de ces névrites. Il s'agissait d'une malade qui, au cours d'une grossesse avec vomissements incoercibles ne paraissant pas assez graves pour déterminer l'avortement, fut prise rapidement d'une paralysie des membres inférieurs gagnant les membres supérieurs avec intégrité fonctionnelle des sphincters. Une atrophie prononcée s'ensuivit. Il se développa également de

l'amnésie et la restauration fonctionnelle ne fut obtenue qu'après de longs mois. Depuis, plusieurs autres cas ont été rapportés, dont quelques-uns se sont terminés par la mort. Ainsi, une observation rapportée dans la thèse de Pierrhugues, où l'évolution des troubles nerveux fut celle d'une polynévrite et aboutit à la mort.

La symptomatologie de ces polynévrites, qui sont parmi les plus graves accidents des vomissements incoercibles, parce que leur évolution se poursuit malgré l'interruption de la grossesse, dès qu'elles se sont manifestées, ne diffèrent pas de ce qu'elle est au cours de toute infection ou intoxication. « L'affection débute habituellement par des picotements, des fourmillements, des plaques d'insensibilité avec sensation de froid bientôt suivis de crises douloureuses et de paralysies. » (Bar). Les lésions peuvent s'étendre aux nerfs des quatre membres; les symptômes de parésie et d'atrophie musculaire sont surtout accentués au niveau des membres inférieurs. L'incoordination des mouvements des membres, les mouvements choréiformes des muscles de la face ont également été observés. Les troubles des sphincters sont rares, ainsi que les troubles trophiques cutanés que l'on n'a pas encore signalés. Par contre, les troubles psychiques, comme nous l'avons vu, sont habituels.

Les lésions de névrite sont parmi les rares lésions que l'on a pu rencontrer à l'autopsie. Elles sont habituellement disséminées, portant sur les nerfs des membres parfois les nerfs viscéraux, pneumo-gastrique ou phrénique, expliquant ainsi la gravité de certaines formes.

L'existence de ces lésions anatomiques fait donc prévoir la possibilité de la persistance des symptômes nerveux après l'avortement ou l'accouchement, comme le fait est déjà établi pour les vomissements et les modifications du pouls. Leur évolution peut même s'effectuer à partir de ce moment et Wallich en rapporte une observation, rappelant le développement des paralysies après la guerison d'une diphtérie.

**Troubles urinaires**

Dans nos observations, rien de particulier n'est signalé au sujet des modifications que peuvent subir les urines, sinon leur diminution de quantité, qui est souvent inférieure à 500 grammes par jour et une absence constante d'albumine qui est en contradiction avec l'opinion exprimée par beaucoup d'auteurs qui la considèrent, au contraire, comme fréquente.

Mais les analyses faites dans plusieurs cas ont montré qu'il pouvait exister des modifications très importantes.

Nous avons vu que leur quantité était habituellement diminuée, elle peut tomber à moins de 250 grammes par jour.

Leur odeur est souvent très forte, insupportable même, sans être cependant l'odeur caractéristique de la fermentation ammoniacale. Elle se trouve expliquée par la présence des produits anormaux que l'on peut rencontrer.

Leur couleur est jaune chrome, acajou, surtout à une période avancée.

On peut y trouver, en quantité exagérée, des produits que l'on n'y rencontre d'ordinaire qu'en de faibles pro-

portions : des peptones, de l'acétone, de l'urobiline, du scatol, de l'indol, de l'acide oxalique (Dirmoser).

Par contre, d'autres substances subissent une diminution marquée. Les chlorures, en particulier, sont toujours diminués et leur élimination par le rein peut tomber à moins de 0 gr. 20 par jour et se maintenir à ce taux pendant une dizaine de jours. (Pierrugues.) Mettey fait remarquer, à ce propos, qu'une certaine quantité de chlorures peut s'éliminer par la salive qui est habituellement sécrétée en abondance ; mais, dans les analyses qu'il donne lui-même, cette proportion de chlorures salivaires est elle-même très faible et ne dépasse guère 1 gramme par jour. Il y a donc bien une véritable rétention chlorurée qui est encore prouvée par les décharges qui surviennent à la suite de ces périodes d'hypochlorurie et qui sont analogues à celles qui se produisent à la suite de maladies infectieuses telles que la pneumonie et la fièvre typhoïde.

Presque constants, lorsque les analyses ont été faites, sont aussi les troubles dans l'excrétion azotée. La proportion de l'urée à l'acide urique, qui est normalement d'environ 1/37, peut tomber à 1/3 (Mettey). Withbridge Williams a également observé des malades chez lesquels la proportion d'azote éliminé, sous forme de composés ammoniacaux, à l'azote total, n'était pas inférieure à 20 p. 100 et pouvait s'élever à 40 p. 100, alors qu'à l'état normal, elle est de 5 p. 100 à peine. Il existait une diminution corrélative de la quantité d'urée, d'ailleurs, signalée par d'autres auteurs, et qui peut tomber à 3 ou 4 grammes par jour, au lieu des 25 ou 30 qui sont éliminés normalement. Withbridge Williams

pense que cette augmentation d'ammoniaque a pour but de saturer l'acidité du milieu organique; en tout cas, elle est l'indice d'un fonctionnement défectueux de la cellule hépatique dont une des plus importantes fonctions est la formation de l'urée.

**Appareil génital**

Les signes fournis par l'examen de l'utérus ne constituent pas, à proprement parler, des symptômes au même titre que les troubles circulatoires ou nerveux. Cependant les lésions de cet organe sont assez fréquentes et, étant donné le rôle qu'on leur a attribué dans la genèse des vomissements incoercibles, l'accoucheur devra les rechercher comme les symptômes les plus importants en vue du traitement à leur appliquer.

Nous signalerons seulement qu'il existe entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse une disproportion caractérisée par une diminution du volume de l'utérus et qui tient surtout, à la période de la grossesse où on a l'occasion de l'observer, à la diminution du liquide amniotique plutôt qu'au défaut de développement du fœtus. Le professeur Pinard signale aussi que les parois de l'utérus sont flasques et qu'il se dessine mal, même avec un œuf vivant.

**Etat général**

Tous ces symptômes s'accompagnent d'un amaigrissement progressif, conséquence naturelle du défaut d'alimentation, et encore accentué par ce fait que le développement du fœtus s'effectue alors aux dépens de l'organisme maternel. Aussi, l'amaigrissement s'accuse-

t-il d'une façon notable dès les premiers jours de la maladie, bien différent de ce qui se passe lors d'inanition hystérique où la privation de nourriture peut se prolonger pendant un temps assez long, sans que la femme paraisse en souffrir.

Aussi, de bonne heure, chez la femme atteinte de vomissements incoercibles, la peau devient sèche, terreuse, grisâtre ou subictérique, perdant toute son élasticité et collée sur les saillies osseuses. Les yeux sont ternes, excavés, les lèvres couvertes de fuliginosités. A une période un peu avancée, les masses musculaires des membres ont disparu et la maigreur peut être effrayante. Cette période peut survenir avec une grande rapidité, car la perte de poids quotidienne atteint, chez certaines femmes, le chiffre de 500 grammes par jour. Or, on sait que la mort survient, chez des animaux soumis à l'inanition expérimentale, lorsque la perte de poids a atteint 40 p. 100 du poids total. Dans l'état gravidique, cette proportion ne saurait être atteinte, car la déperdition réelle de l'organisme maternel est masquée par l'accroissement de l'enfant.

L'état de l'enfant lui-même, lorsque la grossesse a pu être conduite à terme, ou au voisinage du terme, n'a pas été noté jusqu'ici comme ayant présenté quelque chose de pathologique. Dans une de nos observations, il y a eu expulsion à terme d'un enfant vivant (Obs. II). Le retard notable qu'a subi dans son développement cet enfant est peut-être attribuable à l'intoxication subie pendant la vie intra-utérine, car il a persisté jusqu'à la fin de la grossesse des symptômes de nature manifestement toxique. Chez la même femme, un

enfant né précédemment à la suite d'une grossesse ayant évolué avec les mêmes accidents, a présenté les mêmes troubles évolutifs. Enfin, dans une autre observation (Obs. III), le fœtus expulsé à terme était macéré et l'on peut, peut-être, aussi en rechercher la raison dans l'intoxication gravidique.

**Evolution. — Terminaison.**

Nous avons rappelé, avant l'étude détaillée des symptômes, l'évolution cyclique que Dubois avait cru pouvoir leur assigner, et combien les nombreuses observations recueillies depuis avaient modifié l'opinion des accoucheurs à ce sujet.

De l'étude des observations recueillies à la Maternité de Nancy, il résulte aussi que l'affection ne passe pas par trois périodes bien précises et que surtout le pronostic de chacune d'elles, ou plutôt le pronostic que devait entraîner l'apparition de certains symptômes n'est pas tel que le croyait Dubois.

En premier lieu, si dans quelques cas, il peut se produire une apparition successive des symptômes rappelant une évolution cyclique, sans que cependant il y eut une division possible en périodes bien tranchées (Obs. II), le plus habituellement, les divers accidents surviennent d'une manière irrégulière et différente suivant les cas.

L'accélération du pouls peut suivre de si près le début des vomissements que l'on ne peut dire qu'il y ait une première période telle que l'entendait Dubois. Dans d'autres cas, ce sont des troubles nerveux, plus particulièrement cérébraux qui devraient être la carac-

téristique des périodes avancées, qui se montrent en même temps que les vomissements, tout à l'origine de la maladie (Obs. VII), céphalée, vertiges, cauchemars, hallucinations et même délire apparaissant alors que le pouls n'est pas encore accéléré. Nous avons vu également que la fièvre n'existe pas et que lorsqu'il se produit des élévations de température, au cours des vomissements incoercibles, elles peuvent et doivent même, jusqu'à preuves plus convaincantes, être attribuées à une autre cause qu'à l'état gravidique.

La valeur de ces différents symptômes au point de vue de l'évolution de la maladie, n'est pas non plus toujours telle que le croyait Dubois. On a, en effet, observé des cas, où avec un état général assez satisfaisant, avant qu'un amaigrissement notable ne soit apparu, il a fallu cependant interrompre la grossesse (Pinard), des modifications du pouls faisant redouter une terminaison fatale imminente.

Andérodias rapporte d'autre part un cas où il détermina l'avortement avec peu d'espoir que la guérison survienne, car il existait des troubles caractéristiques de la troisième période où il était admis que la mort est inévitable; et cependant, il obtint la guérison. Dans une de nos observations, il se produisit également après le troisième mois de la grossesse, en coïncidence avec une accélération notable du pouls, dépassant parfois 130, des troubles cérébraux assez accentués : de l'excitation cérébrale, des troubles de la mémoire, de l'incohérence dans les idées et dans leur expression, en même temps que des signes d'irritation médullaire :

exagération des réflexes patellaires et trépidations épileptoïdes des pieds. L'avortement ne fut cependant pas provoqué et la malade non seulement ne succomba pas, mais put mener sa grossesse à terme, en présentant jusqu'à la fin des troubles cérébraux assez accentués. Chez une autre femme (Obs. III), une contracture permanente des membres inférieurs, gagnant parfois les membres supérieurs persista depuis le quatrième mois de la grossesse jusqu'à la terminaison qui s'effectua à terme sans que l'issue fatale n'en ait non plus été la conséquence. Ces deux observations sont relatées ci-dessous.

Lorsque, par un traitement approprié, on a pu obtenir la guérison des vomissements sans interrompre la grossesse et cela habituellement dans le courant du 3e ou du 4e mois, on pourrait croire d'après les observations publiées qu'il ne se produit plus d'accidents jusqu'à l'accouchement. D'après ces deux observations, nous voyons cependant qu'il peut exister des cas où après une phase pour ainsi dire aiguë, l'affection peut continuer à évoluer avec une intensité atténuée et sans nécessiter la provocation de l'avortement, malgré la persistance de quelques vomissements et d'autres symptômes tels que des troubles nerveux et sans doute aussi une certaine accélération du pouls, qui n'est pas signalée parce que les malades ne sont plus suivies que de loin en loin. Dans ces cas également, le fœtus aura à subir les effets de l'intoxication pendant une longue période de sa vie intra-utérine et c'est aussi ce qui s'est produit chez ces deux malades où l'un des enfants a été expulsé macéré, où l'autre a présenté un retard notable dans son développement.

La mort, lorsqu'elle est la conséquence des vomissements incoercibles survient habituellement avant la fin du quatrième mois et d'une manière différente suivant les cas. Le plus souvent, il s'agit de malades abandonnées à elles-mêmes où chez lesquelles l'avortement a été provoqué à une époque trop tardive ; tous les symptômes ont alors acquis une grande intensité, sauf les vomissements qui ont pu disparaître dans les deux ou trois journées qui précèdent la mort. La femme peut présenter un état de prostration extrême avec symptômes typhoïdes, tombe dans le coma et meurt. L'ictère, la diarrhée et le muguet ne sont pas rares pendant les derniers jours.

Dans d'autres cas, c'est dans une de ces syncopes parfois si fréquentes que succombe la malade sans que l'on puisse parvenir à la ranimer. Le professeur Pinard rapporte une observation où la mort est survenue ainsi à une période précoce. Enfin, les complications nerveuses peuvent être aussi la cause de la terminaison fatale à une époque même ou l'avortement ou l'accouchement sont effectués depuis un certain temps ; et cela par des lésions portant sur le pneumogastrique ou le phrénique.

OBSERVATION II (Année 1907)

*Vomissements incoercibles. — Guérison. — Persistance de troubles cérébraux*

B..., 31 ans. Secondipare. Sans profession.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Rien à signaler. La malade n'a, en particulier, jamais éprouvé de troubles dyspeptiques.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des règles à 11 ans. Règles régulières et de peu de durée, mais douloureuses. Leucorrhée.

*Première grossesse.* — Il y a trois ans. Terminée à terme, mais ayant présenté les mêmes accidents. Enfant bien portant, bien que son développement ait été lent.

*Deuxième grossesse.* — (Actuelle).

Les dernières règles sont survenues du 10 au 12 mai.

Dès le début de juin, survinrent des vomissements d'emblée fréquents et absolus. La femme rejetait tout, même le lait et ne pouvait conserver qu'un peu de limonade.

En même temps que les vomissements, sont survenus un amaigrissement rapide, une grande prostration, de l'anorexie et une sensation de brûlure à la région épigastrique.

*23 juillet.* — La femme est dans un état d'amaigrissement marqué. Les traits sont tirés. Les téguments ont une teinte subictérique. Insomnie.

L'haleine est fétide, les lèvres sèches, la langue saburrale.

Constipation.

Le pouls bien frappé, régulier et égal, mais rapide : 120 par minute.

Les urines sont peu abondantes : 200 grammes.

1^er^ *août.* — La femme a vomi moins fréquemment que chez elle et a pu conserver un peu de lait.

L'insomnie est moins absolue.

Le pouls est à 120.

Les urines sont plus abondantes : 700 à 1.000 grammes.

La constipation est combattue par un lavement quotidien.

*2 août.* — La malade a pu conserver du lait coupé d'eau.

Diminution des vomissements. Nuit bonne.

Pouls à 120.

*3 août.* — Même état. Un peu de lait pur a été conservé.

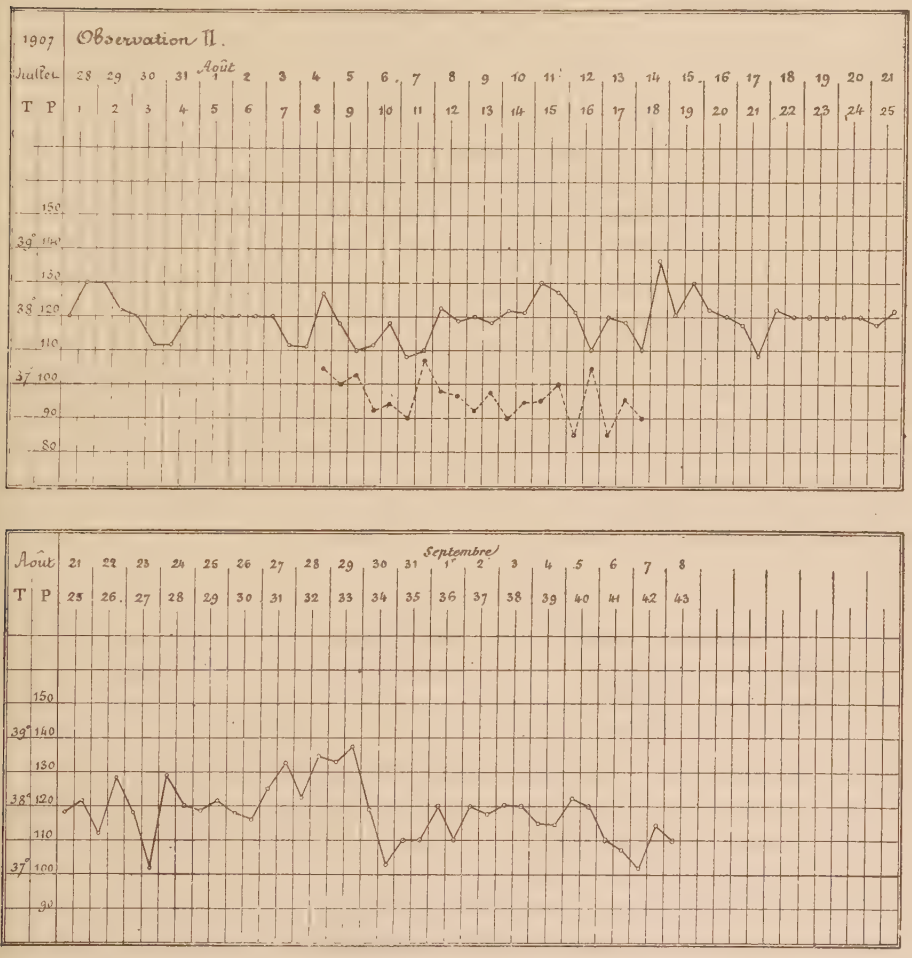
*4 août.* — Dans la nuit reparaissent des vomissements aqueux fréquents.

Insomnie.

Pouls à 120-130.

On supprime le lait La malade ne prend plus que de l'eau et de la glace.

*5 août.* — Amélioration à la suite de laquelle on redonne du lait.



*6 août.* — Le lait est bien supporté.

Diminution de la teinte subictérique. Constipation toujours opiniâtre.

Persistance de l'accélération du pouls. Température à 36,8.

*9 août.* — Au lait on ajoute des pommes de terre en purée, qui sont bien supportées.

*10 août.* — L'estomac devient plus tolérant. On ajoute au régime une soupe au lait. La malade prend en tout un litre de lait et deux bouteilles d'eau d'Evian ou de Vichy.

*13 août.* — Les vomissements ont été peu fréquents et la malade a pu conserver toute la nourriture qu'elle a prise.

Pouls toujours accéléré. Pas d'élévation de la température.

Urines assez abondantes. Constipation opiniâtre.

*15 août.* — La malade se plaint de faiblesse des membres inférieurs. Elle a, au niveau des mollets, des douleurs spontanées, réveillées également par la pression.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. Les pieds présentent des trépidations épileptoïdes.

*18 août.* — La malade a encore tous les jours quelques vomissements aqueux, mais plus de vomissements alimentaires.

Pouls à 120.

Urines plus abondantes : 1.850 grammes.

Régime : lait, potage au lait, pommes de terre.

*20 août.* — La malade a été agitée pendant la nuit ; elle donne des signes d'excitation cérébrale, présente des troubles de la mémoire, de l'incohérence dans les idées et dans leur expression parlée.

Même état des réflexes. Persistance des douleurs.

Pouls à 120.

On essaye cependant de faire lever la malade, mais ses jambes se dérobent sous elle.

On donne du bromure pour calmer l'excitation cérébrale.

*27 août.* — La malade a pu commencer à se lever, mais ne peut encore marcher. Grande faiblesse.

Un ou deux vomissements aqueux par jour. Plus de vomissements alimentaires.

*28 août.* — Même état. Un seul vomissement dans la journée.

Exagération des réflexes. Excitation cérébrale.

La malade a pu faire quelques pas, soutenue par une infirmière.

*31 août.* — Aucun vomissement. A pu faire quelques pas seule.

Persistance de l'accélération du pouls.

Même régime.

*8 septembre.* — Persistance d'un ou deux vomissements aqueux par jour.

Appétit très marqué.

Salivation toujours très considérable.

Persistance des symptômes nerveux.

La femme quitte la Maternité le 11 septembre, mais grâce à l'obligeance du docteur Derbanne, qui a suivi la malade, nous avons pu connaître les renseignements complémentaires suivants.

L'accouchement s'est effectué chez elle, à terme, le 14 février.

Jusqu'à la fin de la grossesse ont persisté quelques vomissements.

Les troubles cérébraux ont présenté une amélioration après l'accouchement, mais ils persistent encore dix-huit mois après d'une façon appréciable.

L'enfant, né à terme, était très petit et très maigre. Pendant les cinq premiers mois, il a présenté des troubles dyspeptiques accusés et le syndrôme de l'athrepsie et a été élevé difficilement, jusqu'à ce moment, au lait de vache bouilli.

Actuellement, c'est-à-dire à dix-huit mois, il commence seulement à marcher.

OBSERVATION III (Année 1909)

*Vomissements incoercibles. — Accouchement à terme*
*Persistance de contractures*

C..., 23 ans. Secondipare.

*Antécédents personnels et héréditaires.* — Rien à signaler, sinon un embarras gastrique à 12 ans.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des règles à 12 ans. Régulières, de trois à quatre jours de durée.

*Première grossesse* à 20 ans. Normale. Accouchement à terme d'une fille venue par le siège.

*Deuxième grossesse* (actuelle).

Les dernières règles sont survenues du 2 au 5 octobre.

Le 25 octobre, dans la nuit, la malade ressentit un fort embarras d'estomac et, au matin, elle se mit à vomir. Croyant à une simple indigestion, elle s'occupa comme d'ordinaire, mais les vomissements ne cessèrent pas.

Ces vomissements, variables en nombre, reparaissaient tous les jours, tantôt immédiatement après l'ingestion des aliments, tantôt seulement deux ou trois heures après.

Elle essaie successivement comme traitement la glace, les potions de Rivière, la cocaïne, les bromures, les injections de sérum, les lavages d'estomac, etc.

A partir du 15 janvier, les vomissements diminuent de fréquence et parfois la malade passe une journée sans en avoir.

Elle entre à la Maternité le 20 au soir.

Le pouls est à 120 pulsations par minute. Pas de fièvre.

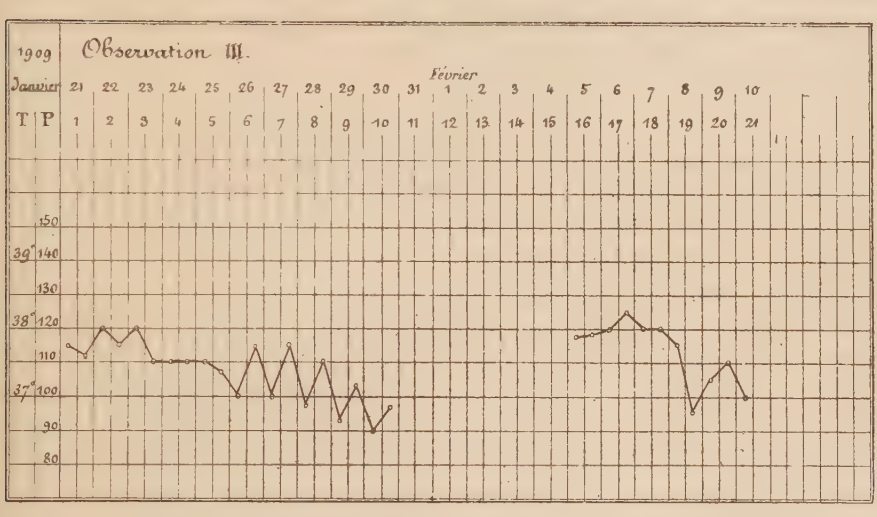
On la met au lait coupé d'eau, dont elle prend une tasse toutes les trois heures.

Depuis son entrée les vomissements ne se sont pas reproduits.

Elle quitte la Maternité, ayant eu pendant tout son séjour un pouls oscillant entre 90 et 120 et dépassant parfois ce dernier chiffre.

Rentrée chez elle, la malade fut suivie par le docteur Grandjean, de Conflans, à l'obligeance duquel nous devons de pouvoir compléter l'observation.

Chez elle, elle s'est remise à vomir et il est survenu de la contracture en flexion des membres inférieurs, les jambes fléchies sur




les cuisses, les cuisses sur le bassin. Cette contracture était permanente aux membres inférieurs et elle se produisait parfois aux membres supérieurs, mais sans avoir la même intensité.

L'accouchement se fit à terme, sans incidents et rapidement.

Le fœtus était macéré. Le placenta normal.

Après l'accouchement, les vomissements disparurent ainsi que la contracture ; toutefois, pendant un certain temps, la marche a été difficile en raison de la raideur et d'un certain degré d'ankylose des articulations.

## CHAPITRE III

# PRONOSTIC

Chez les malades présentant des vomissements incoercibles, la gravité de la maladie n'est pas identique. Il est habituel qu'une fois établie, elle poursuive son évolution et aboutisse à la mort de la femme. Mais à côté de ces cas particulièrement graves, on peut en observer où les vomissements et les autres accidents après avoir menacé la vie de la malade s'atténueront et lui permettront de mener sa grossesse à terme, soit par l'aide d'un traitement approprié, soit même abandonnée à elle-même. Il importe donc que le praticien recherche dans les différents symptômes de la maladie les éléments qui lui permettront de juger de sa gravité et de prévoir la rapidité de son évolution.

Au début de l'affection, alors qu'elle n'a encore guère pour signes que les vomissements, leur fréquence et leur intensité peuvent déjà être un élément de pronostic, en raison de l'obstacle absolu qu'ils peuvent apporter à

l'alimentation de la femme. Aussi, dès ce moment, devrait-on s'assurer de la perte de poids quotidienne. Nous avons vu que dans certains cas, elle avait été de 500 grammes par jour ; lorsqu'elle atteint ce chiffre ou s'en approche, on conçoit que la terminaison fatale ne puisse être éloignée si le traitement employé se montre inefficace. En revanche, l'absence d'amaigrissement notable, un état général assez satisfaisant ne sont pas nécessairement l'indice d'une évolution bénigne. Le professeur Pinard a cru devoir provoquer l'avortement dans un cas analogue, et il a également « vu mourir, abandonnées à elles-mêmes, des femmes présentant de l'accélération du pouls avec des vomissements dont la fréquence, l'intensité et la durée n'avaient rien de caractéristique ». La diminution ou la disparition des vomissements devient même un élément de pronostic grave dans certaines circonstances ; le fait peut se produire dans les derniers jours de la maladie et coïncide alors avec une aggravation des autres symptômes. C'est ce qui se produisit chez la malade de l'observation I, chez qui l'avortement fut décidé en raison de la diminution des vomissements, coïncidant avec une tendance à l'accélération du pouls.

Plus souvent, en effet, ce sont les troubles circulatoires qui donneront à l'accoucheur les indications les plus précises sur la gravité de la maladie et sur l'imminence d'une terminaison fatale. C'est au professeur Pinard que l'on doit cet élément de pronostic qui jusqu'ici, depuis le moment où il l'a mis en évidence, s'est montré pour ainsi dire infaillible. « Une seule fois, dit-il, j'ai vu mourir une femme dont le pouls qui s'était

accéléré jusqu'à 124, était depuis resté stationnaire aux environs de 100 et même au-dessous ». La température restant au voisinage de la normale au cours des vomissements incoercibles, la dissociation du pouls et de la température qui se produit dès que le pouls s'accélère, aura en effet ici, la même signification que dans tous les états pathologiques où on la rencontre et où elle est considérée comme d'un fâcheux pronostic (Obs. VII). La fréquence est donc, comme le démontrent toutes les observations, un des signes les plus sûrs qui permettent de juger de la gravité de l'affection. Cependant il faut se rappeler que chez différents malades, une même accélération n'a pas nécessairement la même importance et il suffit de comparer entre elles les graphiques du pouls présentés par les malades des observations I, II ou III, par exemple, pour voir que chez la première, avec un pouls moins accéléré que chez les deux dernières, la gravité de la maladie fut plus grande et qu'on dut déterminer l'interruption de la grossesse alors que le pouls atteignait à peine 120 pulsations par minute, tandis que chez les deux autres, en particulier chez l'une d'entre elles, il se maintenait presque normalement à ce chiffre et pouvait même atteindre le chiffre de 140 sans danger d'accidents imminents.

En outre de sa fréquence, les autres modifications que peut subir le pouls doivent être prises en considération. La diminution de son amplitude, sa petitesse, est, d'après les observations, habituelle dans les cas où il n'y a guère à espérer de guérison et même d'amélioration suffisante pour que la grossesse put être conduite jusqu'à terme. Sa dépressibilité et l'hypotension

artérielle qu'elle traduit est encore plus importante à ce point de vue. Queirel a démontré, en effet, qu'elle ne doit pas exister dans les sept premiers mois de la grossesse, période pendant laquelle se produisent les vomissements incoercibles ; et que sa présence est d'un funeste pronostic. Elle doit faire craindre les lipothymies et les syncopes qui sont parfois l'occasion d'une mort précoce.

Si les troubles nerveux ne devaient se produire, comme le croyait Dubois qu'à la période ultime de la maladie, leur apparition pourrait aussi être un élément de pronostic. Mais nous avons vu qu'ils pouvaient exister dès le début, en même temps que les premiers vomissements. Et d'ailleurs, les troubles cérébraux eux-mêmes, dont l'apparition était autrefois considérée comme l'indice d'une mort certaine, n'ont pas toujours cette grave signification. Ils peuvent parfois persister pendant un temps assez long sans que la vie de la femme soit un moment en danger (Obs. II).

De tous les accidents nerveux qui peuvent se présenter dans cette affection, les uns relèvent d'une simple irritation des éléments anatomiques, les autres témoignent d'une véritable lésion. La présence de ces derniers a seule de l'importance au point de vue du pronostic, car il suffit qu'une de ces lésions porte sur un nerf tel que le pneumogastrique pour que la terminaison fatale en soit la conséquence, mais rien dans la symptomatologie de ces névrites ne permet de prévoir leur gravité. Les unes seront presque généralisées, s'accompagneront de troubles mentaux, tel ce cas rapporté

par Pinard, Joffroy et Desnos, et cependant se termineront par la guérison. Les autres se seront à peine esquissées que la mort surviendra, car les régions vitales du système nerveux auront été touchées.

Les modifications que présentent souvent la composition des urines, peuvent aussi, d'après Whitridge Williams, donner au praticien des indications de premier ordre sur la gravité des cas en présence desquels il se trouve.

La diminution considérable de la proportion d'urée éliminée par le rein et l'augmentation corrélative de la quantité minime à l'état normal, des sels ammoniacaux. seraient pour cet auteur l'indice d'une insuffisance du foie auquel incombe la fonction uropoiétique. Et, comme l'importance des fonctions hépatiques au cours de la grossesse se trouve considérablement accrue, il estime aussi que la constatation de ces troubles dans l'excrétion urinaire se rencontre dans les cas particulièrement graves, ne pouvant aboutir qu'à la mort de la femme si l'interruption de la grossesse n'est pas pratiquée à une période précoce.

La diminution de la quantité des urines persistant d'une façon permanente et au-dessous d'un certain chiffre est également notée dans toutes les observations de vomissements graves, en particulier, lorsqu'elle tombe à moins de 250 grammes par jour. Il ne faut pas non plus considérer comme l'indice d'une amélioration l'augmentation parfois accentuée de la quantité des urines, à la suite des injections sous-cutanées ou rectales de sérum artificiel. L'expérience a démontré que

cette amélioration locale n'est que passagère et qu'elle ne s'accompagne pas toujours d'une amélioration générale.

Mais, il ne suffit pas d'établir le pronostic en ce qui concerne l'issue fatale possible pour la mère ; il faut aussi chercher à prévoir les complications qui peuvent survenir et se demander si au cours d'une grossesse accompagnée de vomissements toxiques pendant toute sa durée, l'enfant n'aura pas à subir lui-même des lésions importantes.

Sur ce dernier point, les observations II et III que nous avons déjà citées nous montrent ce qui peut advenir de l'enfant. Des observations ultérieures donneront peut-être à ce sujet de nouveaux renseignements.

Quant aux complications nerveuses qui peuvent se produire, leur intensité peut être très grande et ne se montrer même qu'après l'interruption de la grossesse. Wallich rapporte un cas où, ayant été obligé de provoquer l'avortement, il regrette d'avoir tardé et attendu des indications plus formelles d'agir, pensant qu'une intervention plus précoce aurait évité à la femme les accidents graves qu'elle a présentés dans la suite. Nous verrons au chapitre de la pathogénie que ces accidents sont l'apanage des formes où dominent les signes d'intoxication et que, par conséquent, la présence de ces derniers devra les faire redouter et instituer un traitement préventif aussi actif que possible. Il nous semble que les modifications des réflexes seront les symptômes dont la présence devra rendre possible leur prévision,

car ce sont parmi tous les symptômes que peut présenter l'affection, ceux qui sont le plus manifestement et le plus exclusivement d'origine toxique ; leur exagération en particulier, ne pouvant être, de l'avis des cliniciens les plus expérimentés, simulée par les malades hystériques.

CHAPITRE IV

# PATHOGENIE

La symptomatologie des vomissements incoercibles étant actuellement fixée d'une manière précise, c'est à élucider leur pathogénie que s'attachent surtout aujourd'hui les études des accoucheurs, en raison de l'importance qu'elle présente dans le choix de la médication à leur opposer.

On leur a attribué une pathogénie complexe et tour à tour on a invoqué des lésions de différents organes, une action nerveuse et des phénomènes d'intoxication. On peut ainsi ramener à trois théories les raisons qui ont été données pour expliquer leur production.

I. — Théorie des lésions de différents organes (Tube digestif. Utérus).

II. — Théorie nerveuse.

III. — Théorie de l'intoxication.

Nous ne ferons que mentionner d'autres hypothèses, telles que celles qui font de l'anémie cérébrale la cause

des vomissements incoercibles, ou qui les rattachent à la déperdition de l'organisme en sels, par analogie avec ce qui se passe chez les animaux soumis à un régime privé de sels. Ces théories prennent l'effet pour la cause et ne cherchent à expliquer qu'un symptôme d'ailleurs inconstant de la maladie.

I. — Le tube digestif a été mis en cause de diverses façons dans la pathogénie des vomissements incoercibles : des troubles dyspeptiques, la constipation, un spasme localisé de l'intestin ont été mis en jeu tour à tour.

*Théorie des troubles dyspeptiques.* — Leven s'en est fait le défenseur. Dans plusieurs cas, en effet, un traitement analgésique de la muqueuse stomacale a pu rapidement mettre un terme à la maladie. Celle-ci, d'ailleurs, surtout à son début, rappellerait par sa symptomatologie une simple dyspepsie, avec l'anorexie, les douleurs épigastriques, l'hyperchlorhydrie qui est la règle, la constipation, tous symptômes habituels de certaines formes de dyspepsie.

Il est cependant difficile de considérer les vomissements incoercibles comme une simple dyspepsie aggravée. En premier lieu, les malades ne signalent pour ainsi dire jamais qu'ils aient été, avant leur grossesse, sujets à des troubles dyspeptiques. Il faudrait d'ailleurs, en outre, expliquer par quel mécanisme l'état gravidique a pu ainsi aggraver l'affection d'estomac.

En outre, il n'est pas dans les effets habituels des dyspepsies d'altérer l'état général au point où il l'est

souvent au cours des vomissements incoercibles et d'amener la mort, sauf les cas où il existe une lésion grave de l'estomac, tumeur, gastrite atrophique, etc., mais de ce fait, il ne s'agirait plus de vomissements dépendant uniquement de la grossesse.

La façon même dont s'effectue la guérison dans les cas où l'on a cru agir sur les vomissements de cette origine par un traitement approprié permet en outre de croire à l'existence d'un autre élément, habituellement nerveux. Achard rapporte entre autres les observations de deux malades présentant des vomissements incoercibles avec hyperchlorhydrie manifeste. Toutes deux étaient de plus névropathes et avaient déjà eu des accidents hystériques. La rapidité, ou plutôt l'instantanéité même de la guérison à la suite de lavages d'estomac et de la prise d'alcalins, fut telle qu'à défaut de l'étiologie, elle indique bien que la dyspepsie n'était pas seule en cause. Achard donne du reste ces cas comme favorables à la théorie nerveuse des vomissements incoercibles.

Un certain état pathologique de la muqueuse stomacale semble cependant exister parfois et l'estomac ne pas avoir simplement un rôle pour ainsi dire passif, consistant à entrer en contraction plus ou moins facilement sous l'influence de la cause principale de l'affection : l'intoxication, par exemple. Une intoxication gravidique qui ne se traduirait pas par des vomissements peut cependant provoquer ce symptôme à la faveur d'une excitabilité particulière de la muqueuse stomacale. Le professeur Pinard rapporte une observation où les vomissements diminuèrent de fréquence

en même temps que s'établissait une salivation abondante, cela spontanément ; mais dans une de nos observations, à la suite d'une absorption de cocaïne, il s'établit un remplacement complet des vomissements par de la sialorrhée, tendant à démontrer que dans ce cas, une hyperexcitabilité spéciale de la muqueuse de l'estomac n'était pas étrangère à la production des vomissements.

OBSERVATION IV (Année 1901)

E..., 25 ans, lingère. Primipare.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des règles à 16 ans. Les règles persistèrent pendant deux mois, lors de la première époque menstruelle. Elles sont actuellement douloureuses, abondantes et d'assez longue durée.

La femme a dû subir un curettage utérin, à la suite de métrorrhagies ayant duré trois mois.

*Première grossesse.* — (Actuelle).

Dernières règles, le 11 juin.

*6 août.* — La malade entre à la Maternité, parce que, depuis une vingtaine de jours, elle a des vomissements fréquents et absolus ; elle ne peut même pas conserver de petites quantités d'eau. Aussi a-t-elle subi un amaigrissement notable.

Le pouls est à 80°. La température à 37°.

Il existe de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, des sensations de froid, de doigt mort.

La palpation de l'abdomen fait sentir, parallèlement à l'aine gauche, un cordon dur et douloureux à la pression.

La constipation est opiniâtre.

Les urines sont troubles, avec un léger dépôt. Il n'existe pas d'albumine.

Il existe de l'anteflexion très nette.

*Traitement.* — On fait prendre à la malade une potion analgésiante à la cocaïne.

Les vomissements disparaissent après la prise de cocaïne, mais il s'établit aussitôt une salivation abondante.

*18 août.* — Le pouls a subi une accélération à 120, mais qui ne s'est pas maintenue.

La salivation est toujours abondante ; la constipation opiniâtre.

Les vomissements n'ont pas reparu.

L'anteflexion utérine existe toujours.

*Théorie de la constipation comme cause des vomissements incoercibles.*

La constipation est habituelle chez les malades atteints de vomissements incoercibles : aussi, a-t-on pensé qu'il pouvait exister entre les deux symptômes des relations de cause à effet et que la constipation était le point de départ d'un réflexe aboutissant au vomissement. Bouchet croit pouvoir considérer comme accidents dus à la constipation au cours de la grossesse, des cas de vomissements incoercibles. Mettey rapporte quelques observations où des purgations répétées ont été suivies de guérison Chez une malade dont le cas se trouve rapporté dans l'observation V, la guérison se prononça à partir du moment où fut institué un traitement consistant en purgations et en lavages d'intestin.

Nul doute que d'une constipation opiniâtre ne puissent être tributaires des vomissements, de la céphalée, des vertiges, de l'accélération du pouls même, puisque des cas de tachycardie paroxystique ont pu être regardés comme relevant de cette cause, mais le mécanisme par lequel la constipation produit ces accidents n'est

pas tel que le croient les partisans de cette théorie. Ce n'est pas en étant le point de départ d'un réflexe qu'elle détermine les vomissements, et si on doit lui accorder un certain rôle dans cette affection, ce sera celui d'accentuer l'intoxication par stercorémie.

Dans beaucoup de cas, il existe en effet une rétention abondante de matières fécales, siège de fermentations prononcées, et une amélioration peut succéder à l'évacuation de l'intestin. Parfois aussi les accidents continuent à évoluer après celle-ci et dans la thèse même de Mettey on en trouve des observations. Enfin, si la diarrhée est exceptionnelle elle existe dans quelques cas, au début de l'affection tout au moins (Ponson).

Il ne semble donc pas que l'on doive regarder la constipation comme une cause suffisante de vomissements incoercibles, surtout par le mécanisme de la voie réflexe, étant donnée sa fréquence au cours des grossesses qui évoluent sans ces accidents.

*Théorie de L. Geoffroy. Spasme localisé de l'intestin*

De l'observation de quelques cas de vomissements incoercibles chez des femmes nerveuses ou étant dans l'état de grossesse, Geoffroy a pensé que « l'état nauséeux et les vomissements des femmes enceintes sont dus à une contracture réflexe du tube digestif, que cette contracture se localise surtout au pylore et aux diverses portions du duodénum mais plus particulièrement encore et en premier lieu à l'angle iléopelvien du colon, et que la contracture douloureuse de cet angle est le signe pathognomonique d'une hyperesthésie réflexe du canal intestinal dont le symptôme morbide varie du

mal de cœur, de la simple nausée aux vomissements incoercibles. » La palpation dénoterait en ces points l'existence d'une sensibilité douloureuse qu'un massage atténuerait en produisant en même temps la disparition des vomissements.

Quelques autres faits tendent à prouver la possibilité de vomissements incoercibles dépendant d'un spasme localisé du tube digestif. Chez des nourrissons, la dilatation digitale du pylore après laparotomie en aurait amené la guérison. Romme rapporte l'observation d'une malade chez laquelle une jéjunostomie fut suivie d'une amélioration remarquable ayant persisté près de six semaines, et qui paraît devoir être attribuée à l'action de l'opération sur un spasme possible. La récidive survint cependant et se termina par la mort. Elle fut mise par les auteurs sur le compte de l'ingestion d'aliments indigestes.

Ces cas sont cependant encore trop exceptionnels pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives et surtout les généraliser. D'ailleurs, dans le cas où le spasme existerait réellement, le problème ne serait que limité et non résous, car Geoffroy ne nous dit pas qu'elle est la cause de cette hyperesthésie réflexe qui produit en même temps des spasmes perceptibles à la palpation et d'autres se traduisant par des vomissements ; elle ne saurait être qu'un intermédiaire. Il faut toutefois reconnaître que le spasme est possible chez l'adulte comme il est non seulement possible mais réel chez le nourrisson ; mais en supposant que cela soit, ce ne serait jamais qu'un phénomène secondaire comme la constipation, phénomène qui peut aggraver l'affection mais ne la crée pas.

*Théorie des lésions utérines ou annexielles.*

Ces lésions sont si communes qu'il n'est pas étonnant de les rencontrer chez des femmes ayant des vomissements incoercibles. On a cependant voulu en faire leur cause même par le mécanisme d'un acte réflexe dont elles seraient le point de départ.

Bennet a invoqué l'existence d'ulcérations du col ; Dance a trouvé du pus entre le placenta et l'utérus et des dépots pseudomembraneux à la surface des membranes. Chomel aurait également trouvé des plaques de pus concret sur la surface externe de la caduque. On a aussi incriminé l'hypéresthésie du col, sa dureté, la rigidité de l'orifice interne. De la Torre pensait à un œdème congestif avec irritation des nerfs du col.

Par analogie avec la distension de cavités ou de canaux tels que les voies biliaires ou rénales, distension qui s'accompagne aussi de vomissements, on a cru que l'excitation initiale de l'acte réflexe tenait à la distension utérine, les vomissements se produisant avec une fréquence relativement plus grande au cours de la grossesse gémellaire ou avec hydramnios. La distension utérine produirait une sorte de contracture du muscle utérin qui elle même déterminerait les vomissements. Explication peu rationnelle étant donnée l'époque habituelle de la grossesse à laquelle débutent les accidents.

Il n'est pas jusqu'à l'ovarite sclérokystique sur le compte de laquelle n'ait été mis les vomissements incoercibles dans un cas où la guérison survint dès le lendemain à la suite d'une ovariotomie double.

Enfin, une action pathogénique importante fut attri-

buée aux déviations utérines, particulièrement aux flexions. « L'expansion de l'utérus, dit Graily Hewit serait génée par suite de l'incarcération dans le bassin par suite d'une flexion » et la compression des tissus utérins à l'endroit de la flexion amènerait les vomissements « et ce serait ajoute-t-il, en faisant disparaître les flexions que la dilatation préconisée par Copemann produirait la guérison ».

Ces lésions sont cependant trop fréquentes au cours des grossesses évoluant sans qu'il survienne de vomissements, pour qu'on puisse leur accorder un rôle exclusif. Il faut donc expliquer par quel mécanisme, dans certaines grossesses elles pourraient déterminer des vomissements incoercibles. Il faut invoquer avec elles l'existence d'autres causes auxquelles il est plus simple de donner d'emblée le rôle principal et de conclure comme le professeur Pinard « qui n'a jamais pu admettre l'influence exclusive des réflexes. »

Il n'est pas rare d'ailleurs de constater l'indépendance absolue des vomissements incoercibles, vis-à-vis de ces lésions lorsqu'elles coïncident avec eux. Nous en trouvons un exemple dans un cas rapporté par le professeur Pinard où la réduction spontanée d'une déviation utérine s'étant effectuée, les vomissements n'en continuèrent pas moins à se produire. C'est ainsi également que chez la malade de l'observation VII, une amélioration passagère put suivre une amélioration d'ulcérations du col utérin sous l'influence de pansements analgésiques et antiseptiques ; mais fut cependant suivie de récidive assez grave pour que la grossesse ait du être interrompue. Inversement on voit des guérisons par-

faites survenir et se maintenir malgré la persistance de flexion utérine (Obs. IV) ou d'érosions de la muqueuse du col (Obs. V).

Il nous semble donc que l'on ne peut conclure à l'exactitude de ces théories et que les vomissements incoercibles de la grossesse ne sont ni l'aggravation d'une dyspepsie antérieure, ni le résultat d'un acte réflexe, du moins d'une façon exclusive, acte réflexe ayant son point de départ dans les lésions du tube digestif ou de l'utérus. Si ces lésions produisent réellement des vomissements, ce ne pourront être que des vomissements d'ordre banal, constituant à eux seuls tout l'état morbide, que l'existence d'un élément psychique surajouté, pourra comme nous le verrons, rendre incoercibles au sens littéral du mot, vomissements qui pourront même par l'inanition, par les troubles nutritifs qu'ils produiront être la cause d'autres accidents et déterminer un tableau clinique assez grave ; mais jamais ces lésions ne seront la raison unique, suffisante du syndrôme bien défini des vomissements incoercibles, tel que nous le connaissons, syndrôme dans lequel les vomissements ne sont plus qu'un élément n'ayant que l'importance des autres symptômes et indépendant d'eux comme ils le sont vis-à-vis de lui, mais qui eux, ne sauraient jamais être l'effet d'un acte réflexe déterminé par ces lésions, seraient-elles aidées par une hyperexcitabilité nerveuse particulière.

## II. — Théorie nerveuse.

Les différentes hypothèses que nous venons d'exposer sous-entendraient, en effet, outre les excitations anormales ayant leur point de départ dans les lésions incriminées, la nécessité d'une réceptivité spéciale du système nerveux à ces excitations ; d'une hyperexcitabilité, en somme déjà d'un dynanisme anormal, car toutes existent fréquemment chez des femmes qui durant leurs grossesses ne présentent jamais de vomissements incoercibles. Ce fait est incontestable. Aussi, dit Boissard, « la gravité des vomissements paraît être une affaire de terrain ».

C'est de ce terrain que d'autres auteurs ont alors fait la cause principale, sinon exclusive de cette affection. « Je crois volontiers, dit Doléris (1), à la prédominance de l'élément nerveux » et depuis longtemps, Kaltenbach, Ahlfed mettaient en jeu la névrose ; ce dernier faisant même rentrer les vomissements de la grossesse dans le cas des vomissements hystériques. Klein, Friedreich, Bailly ont soutenu après eux une opinion semblable, et nombre d'auteurs qui depuis les observations du professeur Pinard et l'interprétation qu'il en a donnée croient à une origine différente de ces accidents, les rattachaient autrefois à cette même pathogénie.

Ils y paraissaient invités par deux ordres de raisons.

---

(1) Comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Tome XI. Page 84.

1) Les unes démontrant par analogie la possibilité d'une telle origine.

L'existence incontestable de vomissements ne reconnaissant pas d'autre cause appréciable qu'une névrose, c'est-à-dire comme le spécifie le professeur Bernheim, d'un simple dynamisme nerveux anormal, *sine materia*, et dont la caractéristique sera par suite d'obéir aux médications qui n'ont d'effet que sur les troubles purement fonctionnels, par conséquent, en premier lieu et par dessus tout à un traitement suggestif.

Ils rappellent ainsi les vomissements observés au cours de cette névrose appelée hystérie et ceux qui surviennent à la suite d'une émotion morale, d'une conversation ou d'un spectacle émouvants ou écœurants ; causes toutes bien moins puissantes que celles sous l'effet desquelles peut se trouver placée parfois la femme en état de grossesse (Hugé).

« Doléris, en particulier, fait remarquer combien le vomissement est un phénomène quasi constant de toute altération des centres nerveux (cerveau ou bulbe), combien il est commun chez les hystériques, chez les névropathes les moins caractérisés, même chez des sujets nerveux qu'on ne saurait qualifier de névrosés véritables. Et nous savons, ajoute-t-il, que la nausée et le vomissement suivent chez ces femmes une simple impression psychique, succèdent aisément à une irritation nerveuse directe périphérique ou viscérale, qu'ils apparaissent le matin au réveil comme chez la femme enceinte ».

Doléris fait également un rapprochement entre ces accidents de la grossesse et « les neurasthénies si irré-

gulières, caractérisées par une dénutrition rapide succédant à une période d'hypernutrition, aboutissant à un amaigrissement invraisemblable, avec arrêt fonctionnel dans certains organes, particulièrement l'estomac, l'intestin, puis les appareils de secrétion ». Sur ce dernier point, nous verrons en exposant la théorie de l'intoxication que cette analogie entre les vomissements incoercibles et ces formes de neurasthénies, apporte encore un argument en sa faveur.

Quant aux raisons données, il est certain qu'elles atteignent leur but, s'il suffit d'expliquer la possibilité des vomissements seuls, sans les autres symptômes coexistants et qui, comme nous l'avons déjà dit, ne paraissent pas pouvoir être la conséquence des vomissements, certains d'entre eux se développant en même temps, sinon avant et persistant souvent aussi après leur disparition. Les névrites, les polynévrites parfois mortelles, les signes d'irritation sinon de lésion médullaire, les troubles cérébraux parfois vésaniques ne sont pas tributaires d'un simple désordre fonctionnel et cependant, il faut en expliquer l'origine en raison de leur importance au point de vue thérapeutique.

2) Les autres raisons tirées de l'expérience.

L'existence fréquente chez les malades d'antécédents névropathiques, parfois même de crises hystériques avérées ; en outre, la présence en même temps que les vomissements, dans nombre de cas de ces troubles que l'on considère comme des stigmates hystériques : rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, troubles divers de la sensibilité ; ces raisons indiquent que ces accidents surviennent surtout chez des malades chez

lesquels tous les phénomènes, dans la production desquels peut intervenir le psychisme, pourront prendre une importance considérable et s'exagérer dans des proportions notables.

Enfin et surtout, la raison principale qui, pour les partisans de cette pathogénie exclusivement nerveuse, doit entraîner la conviction, est la disparition des vomissements avec une rapidité, une instantanéité même, telles que l'on ne peut admettre qu'ils étaient sous la dépendance d'une autre cause que d'un simple trouble fonctionnel du système nerveux ; lorsque surtout cette guérison survient à la suite d'une suggestion, d'une émotion violente, parfois d'une simple distraction, ou de toute autre cause enfin qui ne peut manifestement avoir d'action que sur un phénomène purement dynamique. Ainsi, les cas rapportés par Lepage, par Luez où l'on devait déterminer l'avortement tant l'état général était grave et où la suggestion à l'état de sommeil provoqué fut suivie de la guérison presque immédiate ; par Tissier où il a suffi de faire croire à la femme qu'elle n'était pas enceinte pour obtenir la cessation des vomissements ; par Garipuy où le même résultat fut obtenu par un simulacre d'intervention avec dilatation légère du col et présentation à la femme de débris placentaires, lui faisant croire à l'interruption de la grossesse.

Dolléris dit encore que l'état congestif des centres nerveux est un fait banal de la grossesse, et que par suite tous ces accidents peuvent en dépendre, puisqu'ils en sont souvent tributaires en dehors de l'état gravidique. Cependant, sur ce dernier point, nous ferons

remarquer que lors de vomissements incoercibles, l'anémie cérébrale est plus fréquente que la congestion, si elle n'existe pas exclusivement, et que parfois aussi un traitement congestif de l'encéphale a amendé les accidents au lieu de les aggraver.

Quant aux arguments principaux des partisans exclusifs de la théorie nerveuse, c'est-à-dire au sujet de la disparition rapide des vomissements dans certaines circonstances, le professeur Pinard dit lui-même « qu'il n'a jamais contesté la réalité de ces faits puisqu'il a pu les observer lui-même, mais l'explication qu'on en donne ne le satisfait pas ». Pour lui s'il s'agit effectivement de vomissements incoercibles susceptibles de s'accompagner des accidents que nous connaissons, il est impossible que la névrose soit la cause suffisante, malgré les apparences de réalité que semblent lui donner ces faits bien observés mais interprétés d'une manière défectueuse.

Il pense que chez ces malades, l'intoxication a existé au début et à ce moment, peut-être aidée dans certains cas par une prédisposition nerveuse, a déterminé l'apparition des vomissements. Puis, l'organisme en aurait triomphé, y aurait adapté ses moyens d'élimination, ses organes d'excrétion comme il semble le faire si facilement et si fréquemment lors de vomissements simples de la gestation. Mais, chez ces femmes les vomissements ont persisté par suite de leur « aptitude vomitive », aptitude analogue à l'aptitude convulsive dont parle Brissaud chez certains sujets, en particulier chez certains enfants qui réagissent par des convulsions à une entérite, à une éruption dentaire, tandis que d'autres

en sont pour ainsi dire incapables. Aptitude dont la possibilité est d'ailleurs démontrée, dit le professeur Pinard par des expériences de Joffroy, qui établissent l'existence de réactions différentes chez des animaux de la même espèce à un poison identique, et que de plus une de nos observations (V) montre exister réellement chez une malade, chez laquelle une émotion morale, suffit à déterminer des vomissements ; tendant ainsi à démontrer que l'opinion émise par le professeur Pinard n'est pas une simple hypothèse.

C'est alors sur des vomissements entretenus par une prédisposition nerveuse, après disparition ou atténuation de la cause première, sur le reliquat d'une affection guérie, pourrait-on dire qu'agissent avec efficacité la suggestion, les émotions, toutes les causes morales auxquelles on a pu attribuer leur guérison. Elles n'ont plus à agir que sur un désordre fonctionnel, une sorte de mécanisme automatique qui s'est créé et qui persiste par habitude, ou mieux par autosuggestion.

Car c'est ainsi, d'après le professeur Bernheim qu'agirait le système nerveux dans la pathogénie des vomissements incoercibles, et nous trouverons dans ses conclusions sur l'action du psychisme dans les différents domaines de l'organisme, conclusions qu'il appuie de nombreuses observations irréfutables, une confirmation de cette conception établie non plus par des expériences et d s analogies, mais sur des faits cliniques.

« Sans doute, dit-il (1), les vomissements du début de la grossesse sont réflexes ou plutôt toxiques, associés

(1) Neurasthénies et psychonévroses.

aux autres symptômes de l'intoxication gravidique. Mais à mesure que la grossesse avance, chez la plupart ils deviennent plus rares et disparaissent. Quand au contraire ils persistent et que la malade rejette tout ce qu'elle avale, il y a lieu de penser qu'un élément autosuggestif s'est ajouté à l'intoxication. Ce qui le démontre, c'est que plusieurs fois, j'ai enrayé ces vomissements incoercibles par l'éducation suggestive. » C'est qu'en effet l'autosuggestion, l'image psychique peut entretenir et reproduire à titre de simple névrose, quand la cause organique a disparu, les symptômes déterminés primitivement par elle. Et c'est alors par le mécanisme suivant qui intervient fréquemment dans nombre de désordres pathologiques, que se fait la répétition des vomissements et leur persistance : « Une personne ayant vomi par hasard après avoir mangé un aliment inoffensif, des carottes, par exemple, conserve l'idée qu'elle ne tolère pas ce légume et vomira chaque fois qu'elle en mangera, alors même qu'elle n'a aucune aversion pour lui. Une autre ayant une dyspepsie réelle, hyperchlorhydrique, par exemple, ne se contente pas de vomir de temps à autre, quand ses aliments ont séjourné longtemps dans son estomac, sans être convenablement digérés, elle finit après un certain temps de dyspepsie par exagérer ses vomissements au point qu'elle ne tolère plus rien et rejette tout aussitôt après avoir ingurgité. »

Nous voyons donc que par ce mécanisme, l'influence du système nerveux, qui est plus exactement l'influence du psychisme, ne se manifestera pas seulement lorsque la cause primitive, la toxhémie aura disparu, mais

qu'elle pourra intervenir dès le début de l'affection ajoutant son action à la sienne, l'aggravant en ce qui concerne les vomissements et greffant pour ainsi dire une psychonévrose sur la maladie même.

C'est ce qui explique quelques-unes des particularités que présentent les vomissements, et que l'intoxication elle-même ne pourrait produire. C'est en raison de cette influence psychique, que se produira la réapparition des vomissements non seulement par leur ingestion, par leur contact avec la muqueuse buccale ou stomacale, mais par leur vue, par leur odeur, et même dès que l'idée en est éveillée chez la malade par sa pensée même. C'est également au psychisme que paraît être due l'incoercibilité même des vomissements, au sens littéral du mot, leur répétition incessante dans certains cas, car il est habituel que lorsque un phénomène dépend uniquement d'une cause organique il n'ait pas les caractères d'exagération que présentent parfois les vomissements incoercibles. Les vomissements qui sont tributaires d'une lésion du pylore par exemple, tumeur ou ulcère, sont moins fréquents, moins absolus, que de simples vomissements nerveux et le professeur Bernheim a eu souvent l'occasion, par leurs caractères même d'exagération, d'établir la vraie cause d'accidents de ce genre attribués à une lésion pylorique et dont une suggestion bien conduite lui a permis de se rendre maître et d'obtenir la guérison alors qu'une grave intervention chirurgicale paraissait le seul traitement possible.

Ainsi, dans des cas même assez graves de vomissements incoercibles au cours de la grossesse, où il

existe des symptômes manifestes d'intoxication : troubles des réflexes (Obs. II), contractures (Obs. III) persistant pendant toute la durée de l'état gravidique, si la maladie est réduite à son « expression organique », si le psychisme n'intervient pas, les vomissements tout en se reproduisant jusqu'à l'accouchement à terme, c'est-à-dire pendant 4 à 5 mois, pourront cependant, comme chez ces deux malades, être assez espacés pour permettre une alimentation suffisante pour que la femme évite la dénutrition et puisse mener sa grossesse à bonne fin. C'est ce qui explique aussi que le professeur Pinard ait pu voir mourir des femmes chez lesquelles les vomissements n'avaient rien de caractéristique dans leur fréquence, leur durée et leur intensité, car chez elles le psychisme n'étant pas intervenu, du moins on peut le supposer, les vomissements étaient dus uniquement à l'action toxique et n'ont pas été incoercibles au sens propre du mot.

Cependant, par son mécanisme même, l'action du système nerveux ne peut s'exercer que sur les phénomènes qui peuvent être sous la dépendance du psychisme de la malade. Nous comprenons ainsi pourquoi les arguments des partisans de l'influence nerveuse prédominante, n'ont trait qu'à la production, l'amélioration ou la guérison des seuls vomissements. Ils n'apportent pas, à l'appui de leur thèse, des cas de guérison où il existait de l'exagération des réflexes, des névrites, des troubles cérébraux, de l'accélération du pouls comme le fait également remarquer le professeur Pinard. L'influence du système nerveux au cours des vomissements incoercibles, se limite donc à une in-

fluence suggestive ; et nécessite d'autres causes, que le professeur Bernheim considère comme de nature toxique, car telle est la pathogénie habituelle des symptômes que nous venons de signaler.

### III. — Théorie de l'intoxication

C'est au professeur Pinard que l'on doit d'avoir établi la pathogénie toxique des vomissements incoercibles. Bailly bien que persuadé du rôle principal du système nerveux dans leur production, avait déjà parlé « des changements survenus dans la composition du sang des femmes enceintes et des modifications qui en résultent dans le fonctionnement du système nerveux » et Vinay croyait aussi « que les troubles graves dans le fonctionnement de l'estomac déterminait la production de toxines » prenant ainsi l'effet pour la cause. Mais nul, avant le professeur Pinard, n'avait su dégager d'une symptomatologie d'ailleurs incomplète, les signes manifestes de l'existence d'une intoxication, ni réduire cette affection que l'on prenait pour une entité morbide indépendante, à sa nature véritable de manifestation de l'intoxication gravidique.

1) Aussi, il est facile aujourd'hui de retrouver chez les femmes enceintes les preuves d'une intoxication plus ou moins accentuée, dans nombre de symptômes pathologiques de l'état gravidique, et de retrouver dans les accidents mêmes des vomissements incoercibles les caractères de phénomènes toxiques.

2) L'origine de cette intoxication est moins évidente

et on l'a mise tour à tour dans l'œuf, dans l'intestin ; on y a vu tantôt un défaut d'élimination de produits toxiques par différents organes, tantôt un vice dans leur transformation en produits inoffensifs, mais sans que le problème soit résolu d'une façon satisfaisante.

1) Depuis les travaux de Bouchard, on connaît l'importance de l'intoxication qui prend naissance dans l'organisme lui-même, par le fait de la vie même des éléments cellulaires qui « se nourrissent et se dénourrissent sans cesse, qui assimilent et désassimilent, qui secrètent et excrètent, qui font des toxines et des antitoxines, qui ont leur polymorphisme, leur modalité fonctionnelle, individuelle, chez chaque sujet, leur vie pathologique », et que le professeur Bernheim assimile même à de vrais microbes latents.

Cette production pour ainsi dire physiologique de poisons, se produit chez certains individus avec une intensité remarquable et elle peut subir des modifications « à la suite de maladies infectieuses, des altérations des organes à secrétion interne, des évolutions physiologiques de l'organisme ». La grossesse, en particulier, du fait de la greffe d'un nouvel organisme dont les tissus en voie de développement ont une activité intense, peut lui donner un véritable coup de fouet comme en témoigne l'aggravation ou l'apparition au cours de l'état gravidique des lésions qui sont considérées comme étant d'origine toxique. Ainsi l'eczéma, le prurigo, l'herpès, divers érythèmes qui n'apparaissent souvent qu'au début de la grossesse pour disparaître dès l'accouchement ; le chloasma qui est même particu-

lier à cet état. L'albuminurie qui est si fréquente et si importante est aussi regardée actuellement comme le résultat du passage des produits toxiques à travers les épithéliums rénaux. La sialorrhée qui se rencontre dans les intoxications telles que l'intoxication mercurielle où elle est une voie d'élimination du poison.

La coexistence ou la succession de vomissements incoercibles avec certaines de ces manifestations n'est d'ailleurs pas rare.

Chez une des malades (Obs. VI), traitée au début de sa grossesse pour des vomissements graves accompagnés d'accélération du pouls, il s'établit à l'approche du terme, une albuminurie axec léger ictus et troubles de la parole ; de sorte que chez une même malade se trouve vérifiée l'assertion du professeur Pinard qui fait des vomissements incoercibles la caractéristique de l'intoxication gravidique hypotensive et émétisante dans les premiers mois de la grossesse, et de l'albuminurie, la caractéristique de cette intoxication dans les derniers mois de la grossesse où elle est hypertensive et convulsivante.

La sialorrhée est très fréquemment notée chez les malades soit qu'elle coïncide avec les vomissements, soit qu'elle les remplace lorsque ceux-ci diminuent ou disparaissent (Obs. IV ; Obs. I citée par le professeur Pinard dans les *Annales de gynécologie et Obstétrique*. Août 1909).

La constipation qui est la règle et qui est souvent compliquée de rétention des matières, est aussi un facteur d'intoxication par la stercorémie qu'elle détermine.

Nous savons aussi quelle signification il faut accorder à ce sujet à certains symptômes signalés dans les observations I et II, exagération des réflexes patellaires, trépidations épileptoïdes des pieds, signes d'irritation spinale fréquente chez les sujets intoxiqués, et notamment chez les neurasthéniques ; et les contractures plus rares (Obs. III), mais tout aussi significatives.

Certains auteurs ont même pensé à faire de la neurasthénie la cause des vomissements incoercibles, sans que cependant ils aient soupçonné à ce moment que la pathogénie des deux affections pût être comparable et s'ils ont bien observé des vomissements incoercibles chez des femmes qu'ils ont pu considérer comme neurasthéniques, ils ont ainsi apporté sans le savoir un nouvel appoint à la théorie toxique de ces accidents, tout en croyant les rattacher à une cause purement nerveuse.

Vinay qui croyait à l'origine nerveuse de cette affection trouvait cependant une similitude entre certains de ses symptômes et ceux que l'on peut observer au cours d'une intoxication alcoolique ou saturnine par exemple. Les observations de polynévrite rapportées par Pinard, Joffroy et Desnos, par Wallich, par Pierrhugues, etc... ont plus d'analogie avec les complications d'une maladie infectieuse ou toxique qu'avec des manifestations hystériques. Parfois même, ces complications peuvent se développer après la cessation des vomissements, après la disparition des autres symptômes, alors que la maladie paraît terminée, analogie avec les névrites d'une maladie toxi-infectieuse par excellence : la diphtérie.

Le professeur Pinard fait aussi remarquer que l'évolution des symptômes, en plus de leur nature même, est en faveur de leur origine toxique. Si l'on accorde tant d'importance à la disparition brusque des accidents après l'avortement ou l'accouchement, en faveur de leur pathogénie névropathique, on doit en accorder autant à leur persistance plus ou moins longue dans les cas où le psychisme ne peut intervenir pour les prolonger et les entretenir. C'est ainsi qu'il a vu l'accélération du pouls persister au delà de trois semaines ; que des troubles médullaires (Obs. I et II) existent encore plusieurs jours après l'avortement ou l'accouchement ; que des troubles cérébraux tout en s'atténuant après l'évacuation de l'utérus, sont encore appréciables près de deux années après (Obs. II). Ces faits étant l'indice de l'accumulation dans l'organisme de produits toxiques qui ne peuvent s'éliminer ou se transformer que progressivement, ou le signe d'une véritable lésion des éléments nerveux qui ne peut être attribuée qu'à une cause organique.

Au cours des maladies toxi-infectieuses telles que la fièvre typhoïde et surtout la pneumonie, on attribue la rétention des chlorures qui persiste pendant l'évolution fébrile de la maladie et se termine par une décharge abondante au début de la convalescence, à l'action de toxines microbiennes fixant ces chlorures en un point de l'organisme : sur l'exsudat pneumonique par exemple au cours de la pneumonie. On retrouve parfois chez les femmes enceintes des modifications analogues dans la composition des urines :

rétention des chlorures qui s'éliminent pendant plusieurs jours à une dose inférieure à moins de 0 gr. 20 par jour, puis élimination en masse à certains moments. Ces faits peuvent avoir la même signification et être également interprétés en faveur de la nature toxique des vomissements incoercibles.

2) Mais, sur le mode de formation et sur le lieu où prend naissance cette intoxication, nous sommes encore réduits à des hypothèses.

Nous passerons rapidement en revue les raisons qui ont été données et qui permettraient de supposer :

Les unes, la présence dans l'organisme, pendant la grossesse, de produits anormaux.

Les autres, une élimination défectueuse, une insuffisance des organes excréteurs.

D'autres encore, un défaut de transformation de ces produits nocifs en substances dénuées de toxicité.

En premier lieu, on a supposé que la grossesse pourrait être l'occasion pour l'organisme de la formation de produits anormaux d'origine différente.

Par analogie, des recherches de Zweifel relatives à l'éclampsie, permettent effectivement de supposer qu'il peut exister dans la circulation maternelle des poisons d'origine fœtale ou ovulaire ; cet auteur ayant trouvé dans le sang de 18 éclamptiques, avant comme après les crises, de l'acide sarcolactique, et surtout, une proportion trois fois plus forte de ce produit dans le sang du fœtus et dans le placenta. On peut conclure que ce produit était tout au moins d'origine ovulaire et qu'il

pouvait avoir pris naissance aussi bien dans le placenta lui-même que dans l'organisme fœtal.

Certaines particularités tendent d'ailleurs à faire soupçonner un rôle assez important du placenta ou des formations analogues dans la genèse des vomissements incoercibles. Nous avons déjà signalé la fréquence relative de ces accidents au cours des grossesses molaires sans aucune trace d'embryon, mais dans lesquelles les villosités choriales prennent un développement considérable et pathologique. Wallich en a récemment rapporté une observation où les symptômes toxiques furent particulièrement accusés (1).

Bœhm s'est même fait le défenseur d'une théorie pour laquelle l'intoxication serait d'origine syncitiale ; en s'appuyant sur ce fait que l'on trouve assez fréquemment dans la circulation maternelle des éléments anatomiques de la périphérie de l'œuf et principalement des portions de syncitium ; sur ce fait également que les vomissements se produisent surtout pendant l'époque de la grossesse où le placenta est en voie de formation.

D'autres auteurs, Dirmoser en particulier, supposent aussi que l'intoxication gravidique qui produit les vomissements incoercibles est due à la présence de produits anormaux dans la circulation maternelle; mais pour eux l'origine en serait différente et ils proviendraient de l'intestin dont l'atonie, qui est presque

(1) Wallich. — *Annales de gynécologie et obstétrique*, avril 1909.

la règle, aurait pour conséquence la rétention, puis la fermentation des matières albuminoïdes. Ils croient en avoir trouvé la démonstration dans les analyses d'urines faites par Dirmoser au cours de six cas particulièrement graves. Dans ces cas, les produits de métabolisme excrétés normalement et ayant leur origine dans l'intestin, comme le scatol, l'indol, les acides sulfoconjugués sont en proportion plus grande et d'une façon constante ; en outre, on trouve souvent des produits anormaux comme l'urobiline, l'acétone, des peptones, de l'albumine.

Cependant, quelle que soit leur origine, on ne peut incriminer exclusivement la présence de ces différents points car on les trouve souvent sans qu'il se produise aucun accident. Il faut donc penser que dans certains cas, une autre cause s'ajoute à leur production.

Elle peut consister dans une insuffisance des organes excréteurs, qui ne peuvent plus suffire à les éliminer, ou à une insuffisance de ces glandes à sécrétion interne dont on soupçonne un rôle important dans la destruction ou la transformation des produits toxiques déversés dans la circulation par le fait de la vie même des cellules.

Le rein et le foie pourraient être mis en cause en raison de leurs fonctions importantes dans l'épuration du sang. Le rein paraît, cependant, ne pouvoir être incriminé. Dans la majorité des cas, l'albumine n'existe pas, ce qui est un bon indice de son intégrité fonctionnelle, et on trouve, en outre, souvent dans l'urine, des

produits tels que ceux que nous avons signalé plus haut, qui témoignent bien d'une activité suffisante. C'est aussi la conclusion d'Olivier qui a étudié, au moyen de matières colorantes (rosanilide et bleu de méthylène), le fonctionnement du rein, au cours de divers états pathologiques de la grossesse. S'il fut trouvé modifié chez des femmes éclamptiques, il s'est par contre montré normal dans les deux cas de vomissements incoercibles qu'il lui a été donné d'observer.

L'insuffisance hépatique pourrait être incriminée davantage, et le professeur Pinard estime que le fonctionnement défectueux du foie intervient d'une façon prépondérante dans les phénomènes d'intoxication gravidique, en particulier dans ceux qui nous occupent. Parmi les diverses fonctions de cet organe une des plus importantes, mais dont on soupçonne seulement toute la portée, est la fonction anti-toxique qu'il doit sans doute exercer sur tout le sang de l'organisme, mais plus spécialement sur celui qui lui est amené de l'intestin par la veine porte. On connaît les effets de la fistule d'Eck. Si on abouche la veine porte directement avec la veine cave inférieure, le sang provenant de l'intestin et chargé de tous les principes qui ont pu traversé la muqueuse intestinale, passe directement dans la circulation générale sans traverser les capillaires du foie et subir l'action de la cellule hépatique. Aussi, il suffit de donner aux chiens qui ont subi cette opération une nourriture constituée par des aliments dont la transformation donne facilement naissance à des produits toxiques, pour voir se développer des accidents cérébraux graves, pouvant aller jusqu'à produire la mort.

Tous les accidents disparaissent et ne se reproduisent plus si l'alimentation est, par exemple, constituée par du lait.

Or, certains symptômes des vomissements incoercibles traduisent justement une insuffisance de certaines fonctions hépatiques. La secrétion biliaire est elle-même presque suspendue. La fonction uropoiétique peut être altérée d'une façon considérable et pourrait-on dire ne plus s'effectuer, d'après ce que nous savons de certaines analyses d'urine ou l'urée disparaît au détriment des sels ammoniacaux. Les modifications signalées par Dirmoser dans la composition des urines indiquent aussi l'insuffisance de la fonction à laquelle est attribuée l'arrêt des acides sulfoconjugués, du scatol, de l'indol. On peut aussi admettre l'insuffisance du foie dans la transformation des produits de déchets cellulaires dont la quantité est augmentée par la présence de l'organisme fœtal. Il semble bien que les recherches dirigées dans le but de nous renseigner d'une façon plus précise sur le rôle du foie dans la production de certains états pathologiques de la grossesse ne seront pas stériles étant donnée l'importance que cette glande paraît prendre chez la femme enceinte.

De plus, des travaux récents sur les glandes à secrétion interne ont attiré l'attention sur leur rôle possible dans la production des vomissements incoercibles. On soupçonne l'importance de la glande thyroïde ou des glandules parathyroïdes dans la production de l'éclampsie par insuffisance de leur secrétion interne. Par analogie on s'est demandé si le corps jaune qui prend une

si grande importance au cours de l'état gravidique n'intervenait pas dans la genèse de certains accidents de la grossesse. Un traitement basé sur cette conception pathogénique a été plusieurs fois institué, mais jusqu'ici les cas sont trop peu nombreux pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives.

## CHAPITRE V

# DIAGNOSTIC

Les vomissements de la grossesse, en particulier les vomissements incoercibles se présentent d'ordinaire avec des signes cliniques suffisants pour que nul doute sur leur vraie nature ne soit possible et qu'il n'y ait guère lieu d'hésiter à formuler un diagnostic.

Cependant, il suffirait qu'une affection s'accompagnant d'aménorrhée et d'un certain degré de développement de l'abdomen, eut également des vomissements pour symptômes pour qu'une erreur de diagnostic fut possible. Certaines douleurs abdominales ou pelviennes certaines formes de la péritonite tuberculeuse en particulier pourraient donner naissance à ces erreurs. Il importe donc de ne pas affirmer la grossesse par la présence même des vomissements, mais d'en rechercher les signes utérins. Mais il faut se rappeler qu'à l'époque où l'on aura justement l'occasion de s'en assurer, on ne trouvera pas encore habituellement des signes

de certitude. Il faut aussi avoir présentes à l'esprit les remarques du professeur Pinard qui a constaté souvent une disproportion notable entre l'âge de la grossesse et le volume de l'utérus, qui est moins développé qu'il l'est habituellement dans une grossesse normale ; et qui a remarqué aussi que les parois de l'utérus même avec un œuf vivant, sont flasques et en rendent la délimitation difficile.

Nous rappellerons aussi qu'il faut faire une analyse minutieuse des autres symptômes de l'affection et qu'une méningite tuberculeuse dont nombre de symptômes sont ceux des vomissements incoercibles a pu se développer en coïncidence avec une grossesse et être méconnue, la grossesse ayant même été interrompue dans un but thérapeutique.

On doit aussi rechercher dans la symptomatologie, dans les particularités de l'évolution, les indices qui pourraient permettre d'orienter le traitement dans un sens ou dans l'autre suivant qu'une influence nerveuse ou toxique paraît plus particulièrement en jeu. Sur ce point l'existence de certains symptômes, l'exagération des réflexes patellaires, surtout la trépidation épileptoïde des pieds, peut-être aussi de l'inégalité pupillaire, enfin, tous les symptômes sur lesquels une suggestion bien conduite auront eu une influence nulle, permettront « de dégager l'élément dynamique et de réduire la maladie à sa vraie expression organique » qui parfois n'existera plus à une période un peu plus avancée de l'affection, le praticien n'étant plus en présence que de troubles purement psychiques, sur lesquels devra

intervenir un traitement différent. Il ne faudra même pas négliger les lésions auxquelles on donnait autrefois tant d'importance, car elles peuvent avoir quelque effet dans l'aggravation des accidents. La constipation surtout si elle se complique d'une rétention marquée de matières, peut être la cause d'une stercorémie dont la disparition peut être le signal de la guérison (Obs. V) Les lésions utérines, l'hyperexcitabilité stomacale, devront aussi être recherchées et traitées.

Enfin, il faut s'assurer le plus tôt possible que l'on est bien en présence de vomissements graves. En réalité il importerait de traiter avec un soin égal tous les vomissements de la grossesse, tous ayant une pathogénie identique et au début, tous se présentant avec les mêmes caractères. Nombre de symptômes, même ceux qui sont de nature manifestement toxiques, peuvent, comme nous l'avons vu, exister de bonne heure et se prolonger très longtemps sans que l'affection menace d'être particulièrement grave. Mais parmi eux, quelques-uns sont des signes certains de la gravité des vomissements et leur apparition devra être surveillée avec soin. Tant que l'accélération du pouls en particulier n'existe pas, on peut hésiter à parler de vomissements graves et surtout incoercibles. L'amaigrissement notable et avant même qu'il soit assez manifeste, l'existence de pertes de poids quotidiennes accentuées seront aussi l'indice que l'on peut s'attendre à l'apparition d'accidents importants et que l'affection pourra être difficile à enrayer.

## CHAPITRE VI

# TRAITEMENT

Les études faites depuis une vingtaine d'années sur les vomissements incoercibles, si elles ont complété leur symptomatologie, si elles ont éclairé d'une façon notable leur pathogénie, n'ont pas fait accomplir à leur traitement un progrès considérable, et leur terminaison est encore trop souvent l'interruption de la grossesse si elle n'est pas la mort même de la malade.

Fieux déclare que les vomissements graves de la grossesse n'ont pas de traitement spécifique ; ce qui est manifeste si on passe en revue la multiplicité des médications qui leur ont été opposées et dont la plupart ont quelques succès à leur actif. Ce que nous savons des diverses causes qui peuvent s'ajouter à la cause principale pour amener leur répétition ou leur persistance, ou pour les aggraver, nous permet de comprendre les résultats également favorables obtenus par des traitements différents sinon d'action exactement opposée.

Nous les examinerons successivement en les groupant autant que possible d'après leur action présumée car parfois ils ont été appliqués d'une façon empirique.

En premier lieu, il devrait y avoir pour les vomissements incoercibles un traitement prophylactique qui consisterait à traiter avec soin les vomissements simples de la gestation sous l'aspect desquels ils se présentent à leur début et dont ils ont la même pathogénie. « Les vomissements légers, dit Hugé, arrivent dans certains cas à une gravité extrême, soit brusquement, soit insensiblement. Prévenir ce passage, voilà le premier principe du traitement, réagir immédiatement et énergiquement quand le passage a eu lieu, voilà le second principe. »

Le traitement repose sur les mêmes bases dans les deux cas et il est établi souvent d'une manière successive, un traitement médical et un traitement obstétrical.

I. — Le traitement médical s'efforcera d'être pathogénique en s'adressant à l'intoxication, ou à l'action nerveuse soupçonnée, ou sera purement symptomatique, et alors souvent empirique.

II. — Le traitement obstétrical pourra être temporisateur pourrait-on dire, et constitué par des interventions d'action inconnue dans la plupart des cas; ou bien, il sera radical et interrompra la grossesse.

## I. — Traitement médical.

*Médication antitoxique.* — C'est au professeur Pinard que nous devons l'application rationnelle de cette médication aux vomissements incoercibles, car elle découle logiquement de la conception pathogénique qu'il s'en est fait.

Quelques-unes de ses indications étaient déjà parfois remplies par les accoucheurs qui en faisaient des applications empiriques dans les cas où l'expérience leur avait appris qu'ils pouvaient en espérer de bons résultats, mais elle n'était pas établie d'une façon complète, suffisante et raisonnée d'après l'existence et l'interprétation de certains symptômes.

On peut diviser cette médication :

1° En un traitement tendant à réduire l'apport des toxines.

2° En un traitement tendant à favoriser l'élimination des toxines.

1° En premier lieu, l'apport des toxines sera réduit par un régime alimentaire dont les éléments seront parmi les substances dont les transformations donnent le moins de produits nocifs. Le régime lacté sera le régime antitoxique par excellence, le lait ayant à ce point de vue un triple effet : il n'introduit dans l'organisme que les substances les moins susceptibles de donner naissance à des produits toxiques pouvant s'ajouter aux déchets cellulaires et pouvant aggraver leur action nocive — il exerce, grâce à des transformations de l'acide lactique qu'il renferme, une action antifermen-

tescible sur le contenu du tube intestinal et mieux que tous les antiseptiques intestinaux, il détermine une diminution de la septicité de ce milieu d'où semble partir des poisons qui accentuent encore l'intoxication gravidique - enfin, il possède une action diurétique puissante et à rechercher au cours de cette affection où la diminution de la sécrétion urinaire est constante.

Le lait jouit en outre de l'avantage d'être un aliment complet, suffisant pendant un certain temps, s'il s'y joint le repos absolu de la malade. Il peut de plus subir des modifications qui sans rien lui enlever de ses propriétés, lui permettront d'être plus facilement toléré. Le koumys, le képhyr surtout par sa saveur spéciale, sa teneur en alcool sera plus facilement conservé par un estomac toujours prêt à se révolter.

Mais, dit le professeur Pinard, faut-il donner le lait à une période où il soit encore toléré. C'est qu'en effet, à partir d'un certain moment, les malades ne peuvent même plus le conserver. Il faut alors faire précéder l'établissement du régime lacté pendant quelques jours par un régime hydrique auquel on le substituera petit à petit, parfois avec beaucoup de patience en y revenant dès que l'estomac commence à se révolter, pour le redonner ensuite avec la même progression lente et surveillée.

Mais, dans certains cas, quoi qu'on fasse, quel que soit le soin que l'on prenne de donner le lait par petite dose, à intervalles réguliers, remplacé par du képhyr ou du koumys, on ne peut le faire absorber en quan-

tité suffisante. Dans, ces cas, même en y adjoignant l'usage des lavements alimentaires, on ne pourra guère espérer que la grossesse pourra être conduite jusqu'au terme, si toutefois on s'est assuré qu'une influence nerveuse ne vient pas ajouter son action à la cause principale pour augmenter l'intolérance de l'estomac.

Dans d'autres cas plus heureux, la tolérance s'accroît progressivement; un, deux, puis trois litres de lait peuvent être absorbés quotidiennement, soit que les vomissements aient complètement disparus, soit qu'ils ne se reproduisent plus qu'à intervalles espacés. La grossesse peut alors être conduite jusqu'au terme, comme le fait s'est produit chez deux malades de nos observations, avec des manifestations toxiques persistantes, même assez prononcées.

Enfin, chez certains malades, on pourra adjoindre au lait les aliments habituels du régime végétarien, en excluant toutefois les œufs que de nombreuses observations ont démontré au professeur Pinard être au moins aussi toxiques que la viande.

2° L'élimination des toxines sera favorisée par une série de médications adjuvantes variées. Elles ont l'avantage de n'être pas toxiques par elles-mêmes comme certains médicaments et de pouvoir ainsi être employées sans appréhension.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel à la dose de 250 à 300 grammes seront avantageuses pour combattre la diurèse et combattre la déshydratation de l'organisme. Le rein n'étant pas habituellement altéré

dans cette affection, on peut y recourir sans danger. Cependant, il pourrait être indiqué de s'en abstenir lorsqu'il existe une rétention marquée des chlorures.

Les injections sous-cutanées peuvent être remplacées avantageusement par des injections intrarectales préconisées par Condamin de Lyon, pour qui elles constituent la base d'un traitement dont il aurait obtenu de notables améliorations. Elles se donnent alors à la dose de 3 à 4 litres par jour, et pour accroître la tolérance de l'intestin à leur égard, on peut les additionner de quelques gouttes de laudanum. Condamin les emploie même pendant une période de dix jours sans alimenter autrement la malade et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il revient à l'alimentation stomacale.

L'évacuation de l'intestin qui est aussi parfois le siège d'une rétention marquée de matières fécales et par suite de leurs fermentations, l'occasion d'une aggravation des phénomènes toxiques doit être aussi effectuée dans tous les cas. Le professeur Pinard a recours au calomel et aux purgatifs drastiques. On peut aussi employer les compositions salines, mais le calomel est plus particulièrement indiqué, car on évite avec son emploi la dissolution des matières à la faveur de laquelle peut se produire une résorption intense des produits de fermentation.

On peut également adjoindre aux purgatifs ou les remplacer dans le cas de rejet absolu par la voie buccale, les lavements purgatifs, ou mieux l'entéroclyse qui n'est pas la cause d'une perte d'eau importante pour l'organisme.

Ces superpurgations qui constituent la partie essentielle du traitement de Bonnaire sont parmi les médications qui ont eu le plus de résultats heureux à leur actif. La malade de l'observation V a vu la guérison se prononcer après leur emploi.

On s'est aussi adressé aux émissions sanguines dans le but de diminuer la quantité des toxines du sang par une élimination rapide. On a trop peu insisté sur ce traitement pour qu'il ait donné des résultats favorables, On conçoit d'ailleurs qu'il puisse être plus dangereux qu'utile dans une affection où l'affaiblissement est déjà porté à un degré extrême.

Les inhalations d'oxygène ont été préconisées par le professeur Pinard. Elles ont souvent donné de remarquables succès. Leur mode d'action n'est pas élucidé ; et peut-être agissent-elles en donnant un coup de fouet aux oxydations organiques et en favorisant ainsi la destruction des toxines. On les fait à la dose de 20 à 60 litres par jour.

Les inhalations d'oxygène ont été remplacées par l'ingestion d'eau oxygénée à la dose d'une cuillerée à soupe dans un litre d'eau absorbé au moment du repas. Il faut déjà qu'il existe une certaine tolérance de l'estomac.

Nous devons ajouter que l'on a fait également des essais opothérapiques basés sur la conception pathogénique qui attribue les vomissements incoercibles à une insuffisance des glandes à sécrétion interne. L'opothé-

rapie ovarienne a déjà été mise en œuvre, mais il ne semble pas qu'elle ait donné des résulats encourageants. L'opothérapie hépatique sera sans doute aussi employée, mais le foie étant par ses fonctions même un organe riche en produits toxiques, il pourrait avoir un effet nuisible sur les accidents.

### II. — Médication nerveuse.

Cette médication est souvent mise en usage concurremment avec un traitement antitoxique, pour diminuer l'excitabilité réflexe du système nerveux.

C'est ainsi que l'on emploie dans ce but les opiacés, la belladone lorsqu'ils sont tolérés ; l'hydrate de chloral en lavements à la dose de 6 à 8 grammes par jour dans le cas contraire. Ils ont l'inconvénient d'être toxiques par eux-mêmes, d'augmenter le travail des organes éliminateurs, et certains comme les opiacés accentuent encore la constipation et diminuent la sécrétion urinaire.

La médication nerveuse a encore été instituée sous une autre forme et appliquée d'une façon systématique par les accoucheurs qui rapportent les vomissements incoercibles à une action nerveuse. Elle s'adresse alors surtout à l'élément psychique de la maladie.

Pour Klein, en particulier, qui lui devrait de nombreux succès, elle consiste à mettre d'abord, dès les premiers vomissements, l'estomac et l'intestin au repos absolu, la femme gardant naturellement le lit, puis à

l'isoler autant que possible de tout entourage, à la soustraire à toute excitation avec autant de soins qu'on le fait habituellement pour les malades en imminence de convulsions. Enfin, si l'amélioration ne se prononce pas, à la traiter dans un asile spécial où elle sera placée sous la surveillance continuelle et attentive du médecin qui s'efforcera par tous les moyens de combattre l'excitabilité nerveuse et de lui faire accepter une alimentation progressivement plus importante. L'emploi de cette médication n'est d'ailleurs pas incompatible avec l'hypothèse de l'origine toxique des vomissements.

Il s'agit donc surtout d'agir sur le moral de la malade, car l'expérience, à défaut d'une notion exacte sur l'influence précise du système nerveux dans la genèse des vomissements incoercibles avait appris que c'est d'un traitement ainsi conduit qu'on obtiendrait les résultats les plus favorables.

Mais la conception que le professeur Bernheim s'est faite, par de nombreuses observations cliniques sur le rôle du système nerveux, ou plus exactement du psychisme de la malade dans cette affection, l'a conduit à limiter la thérapeutique dans la plupart des cas à une suggestion que l'on avait mise en œuvre depuis longtemps déjà, mais à une suggestion bien conduite et appliquée.

Nous savons, en effet, quel rôle important joue l'autosuggestion, l'idée que le vomissement est inévitable, la tendance qui est en nous à répéter un même acte, sur la reproduction incessante des vomissements et sur leur persistance après la disparition de l'influence toxique.

C'est cette autosuggestion que le médecin doit combattre, sans qu'il ait besoin pour obtenir un succès durable, de recourir nécessairement à l'isolement de la malade, à son transport dans un asile spécial, etc... Il doit la remplacer par une suggestion contraire, mais qui sera appliquée avec soin et d'après une méthode particulière.

La persuasion ne doit pas se faire à distance, à une échéance plus ou moins éloignée, c'est au moment des repas qu'elle doit agir ; c'est au moment même où la nausée et le vomissement vont se produire que le médecin doit en faire l'inhibition. Il ne suffira pas qu'il affirme à la malade qu'elle ne vomira plus, mais il faut qu'il soit présent à chacun de ses repas, qu'il la fasse manger devant lui, qu'il lui fasse constater qu'elle ne vomit plus, que les aliments sont bien tolérés par l'estomac; qu'il aide cette persuasion par des frictions locales faites au niveau du creux épigastrique qui l'aideront à inhiber le vomissement. La malade se rendra ainsi compte que la nausée qui la prend n'est plus suivie de vomissements, qu'elle disparaît même et ne se produit plus dès qu'elle ingère un aliment. Ainsi, il lui ôtera de l'esprit cette idée qu'elle ne peut ne pas vomir dès qu'elle vient de manger et que son estomac est intolérant.

Luez rapporte une observation où cette suggestion a été effectuée à l'état de sommeil provoqué. Cette complication est le plus souvent inutile et si la suggestion à l'état de veille est appliquée avec cette méthode, elle donnera d'aussi bons résultats ainsi qu'en témoignent

les cas de vomissements nerveux incoercibles observés par le professeur Bernheim.

Dans la *Revue médicale de l'Est*, se trouve rapportée une observation où la guérison a été également obtenue par la suggestion, et due à M. le Professeur Schuhl. Il s'agit dans ce cas d'une femme qui, au cours d'une seconde grossesse, dont la première avait déjà été marquée par des vomissements, présente de la sialorrhée un mois après le début de la grossesse en même temps que des douleurs épigastriques. Quinze jours après l'apparition de ces symptômes surviennent des vomissements dès que la malade a mangé ; glaireux dans l'intervalle des repas.

Les vomissements et la sialorrhée persistent depuis plus d'un mois déjà lorsque la malade vient se faire hospitaliser. Il est à remarquer que bien qu'elle ait vomi le matin même, elle n'a pas eu un seul vomissement pendant le voyage. A son arrivée à la Maternité on constate qu'elle est amaigrie, que le pouls est à 76, c'est-à-dire non accéléré.

On la met au régime lacté et on lui fait une suggestion indirecte en donnant devant elle ce régime comme le traitement efficace des vomissements de la grossesse. Les vomissements ne reparaissent plus, et deux jours après, la sialorrhée a disparu.

M. le Professeur Schuhl fait remarquer que la disparition si rapide des vomissements avant que le régime lacté ait été institué est l'indice de leur origine nerveuse ou plutôt psychique. Leur cessation pendant le voyage, sans doute sous l'influence de la distraction, de l'occupation de l'esprit de la malade à un autre sujet

qu'à son état, est encore en faveur de la part prépondérante que prenait le système nerveux dans leur production. Cependant, dans cette observation même, on trouve une démonstration de ce que le Professeur Pinard et M. Bernheim disent au sujet des vomissements, toxiques à leur origine, car le début de la grossesse a été marqué par de la sialorrhée, qui n'est disparue qu'après quelques jours d'institution du régime lacté.

Dans ce cas, la suggestion ne s'est pas adressée directement à la malade et le résultat a été cependant favorable. C'est une indication pour le praticien à varier suivant les cas, l'application de ce procédé thérapeutique.

Cependant, le traitement suggestif ne sera pas toujours suivi de succès, car il est des cas où l'autosuggestion de la malade est plus puissante que celle que peut exercer le médecin ; « l'autosuggestion défie alors toute suggestion et reste longtemps irréductible ».

### III. — Médication symptomatique

Différents agents soit chimiques, soit physiques ont été opposés, en outre, aux vomissements incoercibles, sans que le mécanisme de leur action soit toujours connu. Les bons résultats que l'on a pu en obtenir font que l'on continue à les employer.

1° Parmi les médicaments, dont on a retiré des avantages, on peut citer les sédatifs du système nerveux : les bromures, le chloral, l'antipyrine, l'extrait de cannabis indica.

L'éther et le chloroforme diminuent, en quelques cas, la fréquence des vomissements.

Les sels de cérium ont été préconisés sous forme d'oxalate à la dose de 0 g. 30 à 0 g. 40; ou de valérianate à la dose de 0 g. 20 par jour. (Bar.)

L'eau chloroformée; les potions de Rivière, la cocaïne à la dose de quelques gouttes d'une solution à 1 p. 20, l'orexine par paquets de 0 g. 30, donnés en lavement à la dose de trois par jour, s'ils ne sont pas tolérés par l'estomac, ont pu aussi améliorer les vomissements.

Le bicarbonate de soude, à hautes doses, combat l'hyperchlorhydrie et peut modifier l'acidité du milieu organique.

Les injections sous-cutanées de cacodylate de soude ont une action tonique, ainsi que les injections de glycogène à la dose de 0 g. 50 par jour.

2° Parmi les agents physiques, il faut placer la méthode révulsive.

Les pulvérisations d'éther ou les applications de glace à la région épigastrique (Charpentier).

L'application d'un sachet de glace sur la colonne vertébrale. (Chapemann).

C'est, sans doute, surtout par son action mécanique, peut-être aussi suggestive, que le traitement de Fochier, de Lyon, parvient à faire disparaître les vomissements et à produire la tolérance. Il consiste à faire absorber à la malade des soupes épaisses de pain cuites à l'eau.

Enfin, l'électrothérapie est employée souvent. Cham-

petier de Ribes, avait recours à la voltaïsation continue descendante du pneumogastrique droit, à faible intensité et de longue durée. Les séances durent quinze minutes et sont faites avant et après le repas et peuvent être répétées dès que reparaissent les vomissements. Bonnefin dit que la faradisation est dangereuse et doit être évitée.

Luez croit que l'électrothérapie agit surtout sur l'esprit de la malade. Il est cependant probable qu'il s'y joint une influence réelle sur le vomissement et que, pendant l'application, il cesse réellement par le fait de l'excitation nerveuse du pneumogastrique; la constatation par la malade du fait que les vomissements peuvent ne plus se reproduire, peut alors agir d'une manière suggestive et leur cessation complète s'en suivre.

Il faut également rappeler le traitement préconisé par Geoffroy et qui consiste en un massage des régions où il est possible qu'il existe un spasme de l'intestin se traduisant par une sensibilité douloureuse à la pression.

On a également rapporté quelques cas de guérison ayant suivi l'application de ventouses mammaires. Les auteurs supposent qu'en raison des relations physiologiques qui existent entre l'utérus et les glandes mammaires, l'excitation qui en résulte ferait cesser les vomissements par action réflexe. Il est probable que ce traitement n'est qu'une variante de l'application de la médication suggestive.

### IV. — Traitement obstétrical

Le véritable traitement obstétrical des vomissements incoercibles de la grossesse est son interruption par avortement ou accouchement prématuré.

1° Cependant, quelques interventions moins radicales ont pu obtenir des guérisons remarquables. Copemann ayant vu, à la suite d'une dilatation du col dont il faisait le premier temps d'un avortement qu'il se proposait de provoquer, les vomissements ne plus reparaître; cette intervention fut mise en pratique un certain nombre de fois depuis et a été suivie de plusieurs succès. Elle constitue la méthode de Copemann, que l'on a complétée par le décollement des membranes sur le pourtour de l'orifice interne, aussi loin que possible, au moyen du doigt; cette dernière manœuvre étant accessoire, mais pouvant réussir dans des cas où la dilatation seule échoue (Ricard). « La dilatation elle-même peut se faire uniquement par des tiges de laminaire, mais il est préférable de la compléter avec le doigt, qui, introduit aussi loin que possible, en évitant de rompre les membranes, dépasse l'orifice interne et le force, pour ainsi dire. »

Lepage donne à cette méthode les indications suivantes : « Si la femme présente déjà des symptômes alarmants, il n'y pas lieu d'essayer ce que peut donner la dilatation et il y a intérêt à évacuer la cavité utérine le plus rapidement possible. Même dans le cas où la dilatation a été suivie de diminution ou de cessation des vomissements, il faut se souvenir, si l'on opère à

une période avancée, que ceux-ci ont tendance à s'arrêter à la troisième période et qu'il est prudent, dans ce cas, de terminer l'évacuation. Si l'on intervient plus tôt, on peut se contenter de la dilatation en suivant avec soin les autres symptômes. » Quant au décollement du pôle inférieur de l'œuf, Wallich dit qu'il ne faut pas l'employer tant qu'il n'y a pas indication à l'avortement, car il conçoit difficilement qu'on puisse l'effectuer sans amener l'avortement étant donné les rapports de l'œuf et de la paroi utérine pendant les premiers mois de la grossesse. La dilatation, qui est le premier temps nécessaire de l'avortement et qui n'en est pas suivie nécessairement, doit être le seul moyen temporisateur employé.

Il faut aussi rappeler quelques interventions, sur le succès desquelles il ne faut, d'ailleurs, pas compter et dont certaines peuvent être dangereuses. Les émissions sanguines par scarification du col ont été employées par quelques praticiens qui incriminaient un œdème congestif dans la production des vomissements. Il en de même des cautérisations de sa surface externe ou de sa cavité. Le tamponnement à la gaze iodoformée a donné un succès à Kehrer. Des applications de cocaïne ont parfois aussi réussi.

2° Interruption de la grossesse.

Le véritable traitement obstétrical des vomissements incoercibles est la provocation de l'avortement, plus rarement l'accouchement prématuré. C'est une intervention qui permet de sauver la mère dans des cas en apparence désespérés.

Ribemont-Dessaignes donne une statistique dans laquelle la proportion des guérisons est de 21 sur 32 cas avec 6 accouchements prématurés à 7 ou 8 mois.

Le professeur Pinard obtient 11 guérisons sur 15 cas.

Dans le service du professeur Herrgott, sur deux cas où l'avortement a été provoqué, deux fois la guérison s'en est suivie.

*Indication.* — Quelles sont les indications de cette intervention ?

Depuis les études du professeur Pinard à ce sujet, il semble bien que le pouls soit le symptôme dont l'étude donne le moins de mécomptes au point de vue de l'opportunité de la provocation de l'avortement.

L'accélération du pouls dès qu'elle se montre est habituellement permanente et progressive, aboutissant si aucun traitement n'intervient, à une accélération extrême suivie de mort rapide. « Une seule fois, dit-il, j'ai vu mourir une femme dont le pouls qui s'était accéléré jusqu'à 124 était depuis resté stationnaire aux environs de 100 et même au-dessous. » Par conséquent, dès que l'on aura constaté cette accélération, on devra redoubler de surveillance pour intervenir dès que la fréquence s'accentuera. Il ne faut pas oublier en outre, que le pouls peut être variable et qu'il doit être compté plusieurs fois dans la journée, par exemple toutes les quatre heures, si on ne veut laisser passer inaperçue une accélération déjà notable mais subissant des améliorations par intervalles.

Quant au chiffre qui doit déterminer l'intervention, on admet qu'une accélération de 100 est déjà dange-

reuse et doit décider l'intervention. Chez deux malades, chez l'une d'entre elles en particulier nous voyons le pouls se maintenir à 120 sans que l'avortement ait été nécessaire. Ce chiffre sera donc un peu variable suivant les malades : Il faut toutefois noter que ces deux femmes on n'a pas pu saisir le moment où cette accélération a commencé à se produire. Peut-être avaient-elles une disposition habituelle à l'accélération du pouls Il en résulte que la formule du professeur Pinard peut être maintenue dans son intégrité et que l'accoucheur doit interrompre la grossesse quand il constate par lui-même que le pouls s'accélère progressivement.

Il ne faut plus compter naturellement sur l'avertissement que pourrait donner une élévation de température, car celle-ci, lorsqu'elle se produit, n'apparaît que pendant la période préagonique. Les autres symptômes n'ont guère d'influence sur la décision de l'opérateur, sinon parfois la tendance des vomissements à disparaître sans amélioration des autres symptômes.

Des complications nerveuses graves pourraient aussi décider l'intervention avant que l'accélération du pouls soit très accentuée. C'est ainsi l'intensité des symptômes de névrite qui décidèrent le professeur Pinard dans ce cas de vomissement incoercibles avec atrophie musculaire que nous avons signalé.

*Manuel opératoire.* — Nous n'insisterons pas sur les méthodes employées pour provoquer l'avortement, car elles sont en dehors de notre sujet. Elles sont variables suivant l'âge de la grossesse et suivant l'intensité des accidents.

Il est à remarquer tout d'abord, que si la provocation de l'avortement est rendue nécessaire, néanmoins les vomissements incoercibles s'accomodent habituellement des méthodes demi-rapides qui préalablement assouplissent et ouvrent le col. L'avortement brusqué, si la malade a été suivie, étant rarement nécessaire.

Par conséquent l'intervention devra avoir pour premier temps la dilatation au moyen de tiges de laminaire pendant une période de 24 heures qui transformera un conduit rigide et fibreux en un conduit souple auquel on pourra alors faire subir une dilatation maximum par des bougies sans danger de fissures.

1° En général, l'*avortement accéléré* suffit c'est-à-dire que la dilatation préalable aux laminaires ou à la bougie en gomme sera complété ou non par l'emploi d'un petit ballon

ou par l'emploi d'une sonde

et que cette intervention pourra être également suivie du curage digital.

2° Ce n'est que très rarement qu'on peut être amené à faire l'avortement séance tenante (*avortement brusque ou chirurgical*) et qui consiste en

Dilatation avec un dilatateur métallique suivie de curettage si l'œuf a moins de 2 mois ou

Dilatation suivie de l'extraction de l'œul au moyen de pinces à faux germe si la grossesse est plus avancée.

Enfin il ne faut pas oublier que l'interruption de la grossesse n'étant pas suivie immédiatement de la disparition de tous les accidents, le traitement antitoxique,

c'est-à-dire le régime lacté devra toujours être mis en usage et la reprise de l'alimentation habituelle se faire progressivement.

OBSERVATION V (Année 1908)

Mme Y. V.

Agée de 20 ans. Electricienne. Primipare.

*Antécédents héréditaires.* — Mère très nerveuse.

*Antécédents personnels.* — A toujours été délicate. Depuis un an, elle présente à la moindre contrariété des vomissements faciles, précédés de quelques douleurs stomacales. Aussitôt après l'accès, elle reprend ses occupations.

*Antécédents gynécologiques.* — Premières règles à 18 ans. Règles irrégulières de cinq jours de durée, douloureuses les deux premiers jours et obligeant la jeune fille à s'aliter. Période d'aménorrhée de deux ou trois mois.

*Première grossesse* (actuelle).

Dernières règles le 24 décembre.

Mariée le 11 janvier.

Quinze jours après son mariage, c'est-à-dire à l'époque même où devaient se produire les règles, elle eut du dégoût des aliments et des vomissements apparurent le matin au réveil, lorsqu'elle se lève.

Depuis le 10 février les vomissements sont continus ; elle rejette tout ce qu'elle prend, même le lait absorbé en petite quantité.

*20 février.* — A l'entrée de la malade, l'état général est bon, bien que l'amaigrissement soit déjà appréciable.

La température est normale.

Le pouls à 90.

La malade vomit son lait et se plaint de violentes douleurs d'estomac.

Au toucher, le corps utérin est augmenté de volume, en antéversion. Signe de Hegar.

On constate sur le col à son orifice externe, la présence de quelques érosions.

*Traitement.* — Lait coupé d'eau en petite quantité à la fois.

Tampon de chlorhydrate de cocaïne sur le col.

*22 février.* — On fait, au point de vue suggestif, des pulvérisations d'éther à la région épigastrique.

On constate que le col est augmenté de volume et qu'il s'écoule du pus verdâtre de la cavité cervicale.

*23 février.* — La malade refuse toute nourriture et a du dégoût pour tout aliment.

Elle vomit chaque fois qu'elle prend du lait, mais garde cependant l'eau donnée en petite quantité.

Le pouls est à 100. La température est normale.

*Traitement.* — On rassure la malade et on lui affirme que bientôt elle pourra manger. Son agitation nerveuse diminue sous l'influence de cette suggestion.

On donne des injections vaginales au permanganate que l'on répète les jours suivants.

On fait également des attouchements du col à la teinture d'iode.

*27 février.* — L'amaigrissement s'est légèrement accentué.

Le pouls reste au-dessous de 100, mais à la moindre émotion il s'accélère jusqu'à 120, mais d'une façon passagère.

*29 février.* — La malade demande une glace, mais dès qu'elle a pris une cuillerée elle la vomit et refuse le reste.

*1*er *mars.* — Pouls à 100. Température normale.

On donne une purgation de trois verres d'eau de Montmirail. La malade en vomit la moitié.

Il s'ensuit des selles abondantes.

Dans les jours suivants, la malade est plus calme et la suggestion aidant, garde un peu de lait.

Le pouls a une tendance à être moins rapide, mais à la moindre émotion il s'accélère encore à 110, 120, mais d'une façon passagère.

Tous les jours on donne un grand lavage intestinal.

*3 mars.* — La malade réclame du laitage qu'on lui donne et qu'elle conserve.

Le pouls descend au-dessous de 90 pour la première fois depuis son entrée.

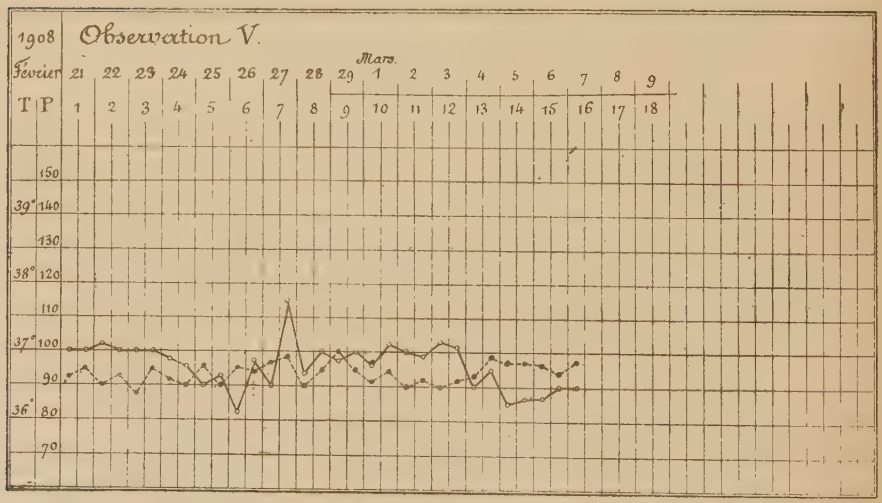
*4 mars.* — Depuis ce jour, elle accepte des purées de légumes, du riz, un peu de viande blanche.

Les vomissements ont disparu.

Le pouls se maintient entre 80 et 90.

L'état général est meilleur et la malade qui, jusqu'alors, restait étendue, la figure tournée contre le mur, ne se soulevant que pour vomir, est maintenant assise dans son lit ; elle s'occupe, lit des journaux, et cause avec les autres malades.

Elle sort le 8 mars ne vomissant plus.




OBSERVATION VI (année 1905)

Mad. V..., septième grossesse.

*Antécédents personnels.* — Scarlatine à 12 ans.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des règles à 15 ans. Règles irrégulières de durée de 8 jours, abondantes.

Leucorrhée intermittente. A nourri 3 de ses enfants.

*Première grossesse.* — Accouchement à terme en février 1895 d'une fille vivant encore.

*Deuxième grossesse.* — Accouchement à terme d'un garçon vivant encore.

*Troisième grossesse.* — Accouchement à terme d'un garçon vivant encore.

*Quatrième grossesse.* — Accouchement à terme d'un garçon mort à 5 mois.

*Cinquième grossesse.* — Accouchement à terme d'une fille vivant encore.

*Sixième grossesse.* — Avortement à 5 mois 1/2, le 15 mars 1904. Le fœtus avait succombé à 4 mois et la malade était au lit depuis le 18 janvier avec de nombreux vomissements et vertiges.

Les hémorrhagies de l'avortement se continuèrent jusque dans les derniers jours de juillet et furent traitées par des injections chaudes et l'ergotine.

Amélioration depuis ce moment, mais de temps à autre, pâleurs du visage et étourdissements.

*Septième grossesse.* — (Actuelle).

Dernières règles du 10 au 18 septembre.

Six semaines après, la malade se met à vomir ses aliments et le matin a des vomissements glaireux.

La malade entre à la Maternité le 15 janvier après avoir fait un séjour d'une quinzaine de jours à l'hôpital.

Le pouls est à 100.

Il n'y a pas eu de vomissements.

Les jours suivants les vomissements n'ont pas reparu.

Le pouls redescend à 90.

Un mois avant d'accoucher, la malade a présenté de

l'albumine dans l'urine. Elle a eu un léger ictus avec troubles de la parole.

OBSERVATION VII (année 1985)

*Vomissements ayant nécessité la provocation de l'avortement*

B. A..., cinquième grossesse.

*Antécédents héréditaires.*— Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Plusieurs crises nerveuses.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des règles à 17 ans. Régulières, de 6 à 8 jours de durée. Leucorrhée.

*Première grossesse* à 19 ans. Vomissements pendant toute la durée de la grossesse. Accouchement normal à terme.

*Deuxième grossesse* à 22 ans. Vomissements bilieux pendant toute la durée de la grossesse. Accouchement normal à terme.

*Troisième grossesse.* — Terminée par avortement au cinquième mois. Sans vomissements.

*Quatrième grossesse.* Terminée dans le courant du septième mois. Enfant bien portant. Vomissements fréquents ; en outre, céphalées et faiblesses. Hydramnios.

*Cinquième grossesse* (actuelle). — Dernières règles le 20 mars. Depuis le 1er mai, il existe des vomissements continuels. D'abord bilieux ils sont devenus alimentaires dès le 15 mai. Très fréquents pendant la journée, la nuit ils sont rares.

*30 mai* (jour d'entrée). — Vomissements alimentaires. Perte d'appétit. Dégoût des aliments. Constipation. Céphalée. Vertiges. Hallucinations et cauchemars ; la malade croit voir des animaux courir sur son lit. Avant d'entrer à la Maternité, elle aurait eu un peu de délire.

*31 mai.* — Mêmes symptômes. Température à 38°.

Pouls régulier à 92-100.

L'utérus ne déborde pas la symphise pubienne. Le col est entrouvert, de consistance ferme.

*Traitement* : Inhalations d'oxygène et préparations opiacées.

*1er juin.* — On examine le col utérin au spéculum. Il est rouge enflammé présentant sur ses deux lèvres des ulcérations couvertes d'exsudats purulents.

*Traitement* : Cautérisation du col et pansement au tannin.

*3 juin.* — L'état général paraît avoir subi une amélioration.

Les vomissements sont toujours fréquents.

Pas d'élévation de la température. Pouls à 100-110.

*Traitement* : 3 lavements alimentaires (lait, peptones, œufs) bien supportés.

Application de cocaïne sur le col.

*4 juin.* — La malade a pu conserver quelques aliments.

Pouls toujours rapide.

*Traitement* : 3 lavements alimentaires.

*5 juin.* — Les ulcérations du col sont en voie de guérison.

*Traitement* : Pansement à la glycérine iodoformée.

*8 juin.* — L'amélioration se prononce. La malade ne vomit plus et mange avec appétit.

Le pouls qui était à 100 les jours précédents n'est plus qu'à 80.

*Traitement* : Pansement du col.

*11 juin.* — Persistance de l'amélioration. Pouls à 80-90.

*12 juin.* — Le pouls est remonté à 100.

*14 juin.* — L'état général est très bon. Il existe encore quelques vomissements, mais peu fréquents.

L'état du col est satisfaisant.

*Traitement* : Pansement.

*15 juin.* — La malade quitte la Maternité.

*20 juin.* — La malade revient à la Maternité. Elle a été reprise de vomissements depuis le 18.

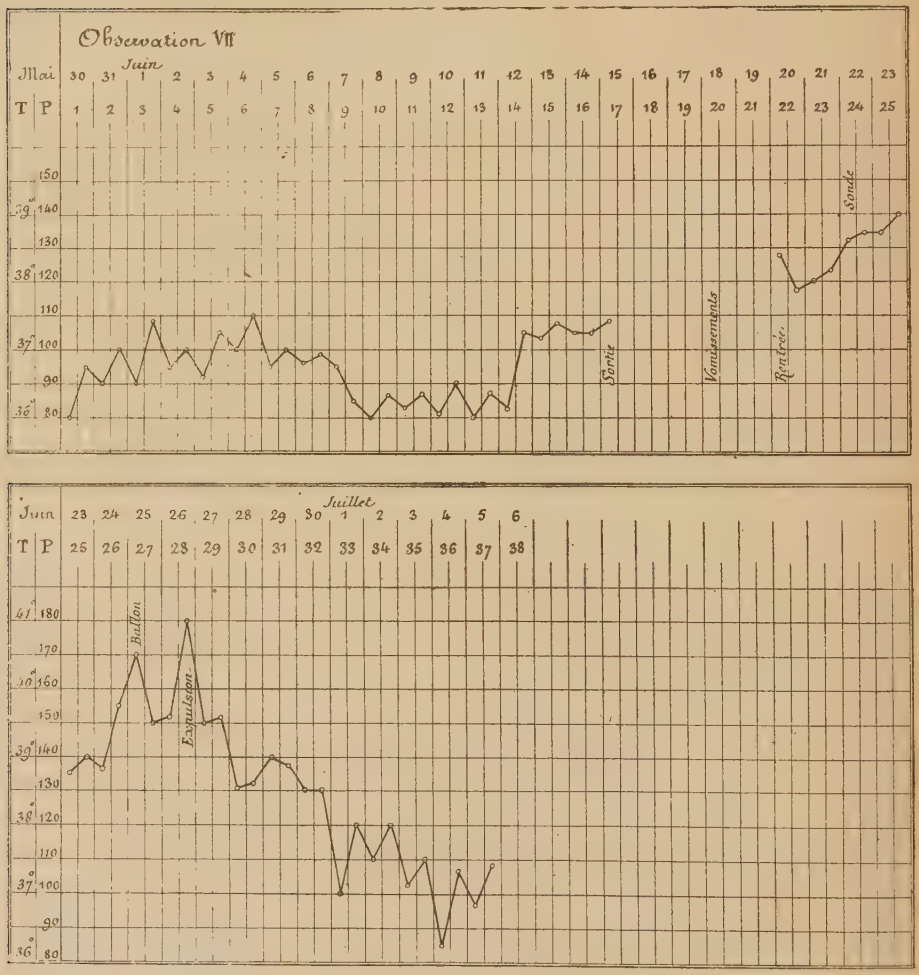
Abattement très marqué. Pas d'élévation de la température. Pouls à 125.

Etat du col utérin satisfaisant.

*Traitement* : Inhalations d'oxygène qui ne calment pas les vomissements.

Pansement du col à la glycérine iodoformée.

*21 juin.* — L'état général est le même. Vomissements continus.



Pouls à 120-130. Température 36,4-37,4.

*Traitement* : lavements alimentaires conservés partiellement.

Application de cocaïne sur le col utérin.

*22 juin.* — L'état général s'aggrave. Affaiblissement très marqué.

Le pouls a de la tendance à s'accélérer davantage. Température à 37,7.

*Traitement* : On décide l'avortement et on introduit une sonde.

*23 juin.* — Les tampons qui entourent la sonde sont tachés de sang.

Température : 37,4, 37,6. Pouls : 136-140.

Il ne se produit pas de contractions utérines.

*24 juin.* — Le pouls est à 136-156.

On enlève la sonde qui avait pénétré de 9 centimètres dans l'utérus et on essaye de placer un ballon de Tarnier. Le volume de la lèvre antérieure et des contractions qui surviennent empêchent son introduction et on replace la sonde en gomme.

Lavements alimentaires non conservés.

*25 juin.* — On parvient à introduire en place de la sonde un ballon de Tarnier.

Pouls à 170. Pas de température.

Il survient des contractions qui amènent l'expulsion du ballon dans la soirée.

*26 juin.* — L'expulsion de l'œuf s'est faite à trois heures du matin, précédée d'hémorrhagie peu abondante.

Le pouls monte à 180. La température est normale.

Depuis l'expulsion, la malade se sent soulagée. Les vomissements ont diminué de fréquence et un peu de nourriture a été conservée dans la journée même.

*27 juin.* — Les vomissements ne se sont pas reproduits et l'état général s'améliore. Du bouillon et du vin ont pu être conservés.

Pouls à 150.

*28 juin.* — Pas de vomissements. Alimentation possible.

Pouls à 130.

*2 juillet.* — L'amélioration augmente chaque jour. Il ne s'est plus produit de vomissements et les forces reviennent sensiblement.

Le pouls est redevenu, progressivement, moins rapide, mais se maintient à 110-120.

*5 juillet.* — La malade quitte la Maternité, mais conservant un pouls accéléré à 100.

OBSERVATION VIII (Année 1894)

P. J..., 33 ans, exerçant la profession de ménagère. Troisième grossesse.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort d'affection cardiaque.

*Antécédents personnels.* — Une fièvre muqueuse dans son enfance.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des régles à 12 ans. Règles régulières. Leucorrhée intermittente.

*Première grossesse.* — A 21 ans. Grossesse normale. Accouchement à terme.

*Deuxième grossesse.* — A 26 ans. Avortement à 3 mois 1/2, à la suite de travaux fatigants pendant la fenaison.

*Troisième grossesse.* — (Actuelle). Dernières règles le 28 avril (dernier jour).

Presque aussitôt, la parturiente est prise de vomissements glaireux se reproduisant six à sept fois par jour. L'anorexie était complète et le peu d'aliments ingérés était aussitôt rejeté.

En même temps, elle ressentit, pour la première fois, des palpitations survenant après les efforts de vomissements.

A l'hôpital, où elle vint se faire hospitaliser, on la mit au régime lacté, on lui fit des lavages d'estomac en essayant également le traitement suggestif.

Les vomissements persistèrent jusqu'au milieu de la grossesse, malgré tous les traitements employés, et la malade considérablement amaigrie n'ingérait plus aucun solide et ne pouvait conserver qu'un peu de glace.

Puis, spontanément, l'état général s'améliora, les vomissements cessèrent, l'appétit revint et seules les palpitations persistèrent en même temps qu'apparaissait un léger œdème des membres inférieurs et des varices sur la jambe gauche.

La malade vient ensuite accoucher à la Maternité, le 10 janvier, d'un enfant pesant 3.300 grammes.

## OBSERVATION IX

32 ans, Troisième grossesse.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Rien à signaler sauf la mort du père à 63 ans de tuberculose.

*Antécédents gynécologiques.* — Apparition des règles à 16 ans. Régulières, de 5 à 6 jours de durée.

*Première grossesse* à 19 ans. Accouchement à terme. Enfant vit encore.

*Deuxième grossesse* à 21 ans. Grossesse normale ; accouchement à terme. Enfant mort à 1 mois.

*Troisième grossesse* (Actuelle).

Les dernières règles ont été terminées le 5 septembre.

La malade a présenté des vomissements tous les jours et plusieurs fois par jour.

*12 juin.* — La malade, à terme, entre à la Maternité, étant en travail.

L'accouchement se produit normalement et dans le temps normal.

Une heure après la délivrance, la malade est prise de vomissements qui durent jusqu'au lendemain soir, à intervalles assez rapprochés, c'est-à-dire environ 30 heures.

Le pouls se maintient depuis le jour même et jusqu'à la sortie de la malade à un chiffre normal.

Vu :
Nancy, le 23 Novembre 1909.
Le Président de Thèse,
HERRGOTT.

Vu :
Nancy, le 23 Novembre 1909.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 25 Novembre 1909.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
*Correspondant de l'Institut.*

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


ACHARD. — *Semaine médicale*, 6 mars 1901.

— *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1902, septembre.

AUDEBERT. — *Semaine médicale*, 1895.

ANDÉRODIAS. — *Journal d'Obstétrique, de Gynécologie et Pédiatrie* pratiques.

BAR. — *Traité d'accouchements.*

BARTHES. — Thèse Montpellier, 1903-1904.

BERNHEIM. — Cliniques médicales.

— Neurasthénies et Psychonévroses.

BOISSARD. — *Semaine médicale*, septembre 1895.

— *Semaine médicale*, janvier 1901.

BOUCHET. — Thèse Paris, 1902.

BUÉ. — *Presse médicale*, 21 juillet 1897.

BRIARD. — Thèse Paris, 1895.

CONDAMIN. — *Journal des Praticiens*, 5 juillet 1902.

COZE. — Thèse Lyon, 1902.

DACLIN. — Thèse Lyon, 1896.

DOLERIS. — Comptes rendus de la Société de Gynécologie et Obstétrique, 1909. Tome XI. Page 84.

FROMMER. — *Semaine médicale*, 1907.

FRUHINSHOLZ et JEANDELIZE. — *Presse médicale*, 1902. Page 1023.

GERST. — Thèse Paris, 1902-1903.

Hugé. — Rapport au Congrès de Nantes, sept 1901.
Herrgott. — *Revue d'Obstétrique*, 1901.

Klein. — *Semaine médicale*, 1902. Page 391.

Labusquière. — *Annales de Gynécol. et Obst.*, 1898.
Lutz. — Thèse Paris, 1892-1893.

Madelaine. — Thèse Paris, 1903-1904.
Marducl. — *Semaine médicale*, 1895.
Mettey. — Thèse Paris, 1903-1904.

Pierrhugues. — Thèse Paris, 1902-1903.
Pick. — *Presse médicale*, 1902. Page 1034.
Pinard. — *Union médicale*, 1889.
— *Annales de Gynécologie*, 1880.
— *Annales de Gynecologie*, 1909.
— *Presse medicale*, 1902. Page 910.
Ponson. — Thèse Lyon, 1905.

Quibel. — *Annales de Gynécologie*, 1908. Septembre.

Ribemont-Dessaignes. — *Traité d'accouchements.*
Ricard. — Thèse Paris, 1894-1895
Roger. — Thèse Paris, 1907-1908.
Romme. — *Presse medicale*, 1905.

Schuhl. — *Revue médicale de l'Est*, 1908.

Wallich. — *Annales de Gyn. et Obst.*, 1907, avril.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

Introduction. . . . . 5

Chapitre I. Fréquence. Étiologie. . . . . 7

Chapitre II. Symptomatologie. Début . . . 13

Troubles digestifs . . . . . 16

Troubles circulatoires. . . . . 23

Observation I. . . . . 30

Troubles nerveux . . . . . 33

Troubles urinaires. . . . . 40

Observation II. . . . . 47

— III . . . . . 52

Chapitre III. Pronostic. . . . . 55

Chapitre IV. Pathogénie. . . . . 63

Théorie des lésions de différents organes . 63

Observation IV . . . . 66

Théorie nerveuse . . . . . 73

Théorie de l'intoxication. . . . . 82

Chapitre V. Diagnostic. . . . . 93

Chapitre VI. Traitement . . . . . 97
Traitement médical . . . . . 99
Médication nerveuse. . . . . 104
— symptomatique. . . . . 108
Traitement obstétrical . . . . . 111
Observation V. . . . . 116
— VI . . . . . 118
— VII. . . . . 120
— VIII . . . . . 124
— IX . . . . . 125
Index blibliographique . . . . . 127

Imprimerie Albert Barbier, 4, quai Choiseul, Nancy